

**SEDE:**

Edificio BANTIERRA  
(antiguo casino mercantil)  
Caso, 29 - ZARAGOZA



Declarado de Interés Sanitario



## XVI Congreso Nacional de Matronas

Asociación Española de Matronas  
II Congreso de la Asociación  
Científica de Matronas de Aragón

**SECRETARÍA TÉCNICA:**

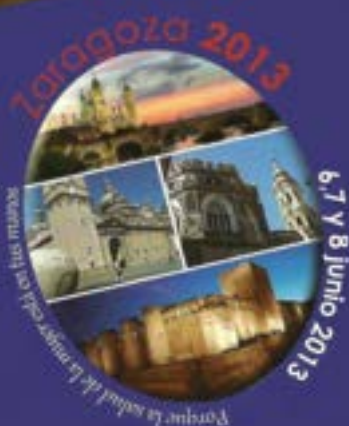
Orange Marketing  
Tfno: 976 307006 y 609 88 74 06  
congresos@orangemarketing.es  
www.orangemarketing.es

**SECRETARIA CIENTIFICA:**

matronascongresonacional2013@gmail.com

**INFORMACIÓN:**

www.matronasaragon.es  
www.aesmatronas.com  
www.16congresonacionaldematronas.es





## SEDE:

Edificio BANTIERRA  
(antiguo casino mercantil)  
Coso, 29 - ZARAGOZA



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE SANIDAD  
Y CONSUMO

Declarado de interés sanitario

Acreditado  
4,1  
créditos



## XVI Congreso Nacional de Matronas

Asociación Española de Matronas

II Congreso de la Asociación  
Científica de Matronas de Aragón

### SECRETARÍA TÉCNICA:

Orange Marketing  
Tfno: 976 307006 y 609 88 74 06  
congresos@orangemarketing.es  
www.orangemarketing.es

### SECRETARIA CIENTIFICA:

matronascongresonacional2013@gmail.com

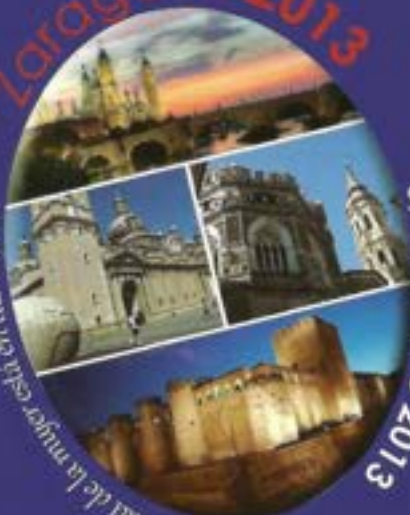
### INFORMACIÓN:

www.matronasaragon.es  
www.aesmatronas.com  
www.16congresonacionaldematronas.es

Zaragoza 2013

Porque la salud de la mujer está en tus manos

6, 7 y 8 junio 2013



## COMITÉS

### COMITÉ DE HONOR

Excma. Sra. Dña. Luisa Fernanda Rudi  
**Presidenta de Aragón**

Excmo. Sr. D. Ricardo Oliván Bellosta  
**Consejero de Sanidad Bienestar**

Excma. Sra Dña. M<sup>a</sup> Dolores Serrat Moré  
**Consejera Educación, Universidad, Cultura y Deporte**

Excmo. Sr. D. Alberto Belloch Julve  
**Alcalde de Zaragoza**

Sra. D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Pilar Argente Igual  
**Dtora. Instituto Aragonés de la Mujer**

Sr. D. Juan José Porcar  
**Presidente del Ilustre Colegio  
Oficial de Enfermería de Zaragoza**

### COMITÉ ORGANIZADOR

#### Presidenta

**Dña. Sofía Gotor Colas**

#### Secretaría

**M<sup>a</sup> José Ramón del Carmen**

#### Vocales

Vanesa Ariño Baillo

Pilar Isar Malo

M<sup>a</sup> Esther Lorda Abadías

Beatriz Marchador Pinillos

Esther Viñerta Serrano

Ana Isabel Martínez Cuñado

Concepción Martínez Pastor

M<sup>a</sup> Jesús Pobes Lacruz

Eva Orte Gonzalez

### COMITÉ CIENTÍFICO

#### Presidenta

**Dña. Rosa M<sup>a</sup> Plata Quintanilla**

#### Vocales

Benita Alonso Gotor

Isabel Castello López

Yolanda Espinosa de los Monteros

Javier Gallego Carnicer

Ana Belén Laviña Castán

Isabel Manzano Alonso

Carmen Molinero Fraguas

Ana Belén Subirón Valera

### DIRECCIÓN DEL CONGRESO

**M<sup>a</sup> Ángeles Rodríguez Rozalen**



Zaragoza, 6, 7, 8 junio de 2013

## BIENVENIDA

El Congreso Nacional de Matronas, cuya titularidad pertenece a la Asociación Española de Matronas, vuelve a Zaragoza después de 11 años para celebrar su 16 edición, conjuntamente con la Asociación Científica de Matronas de Aragón como anfitriona del Congreso.

Bajo el lema **"Porque la salud de la mujer está en tus manos"**, se consagra nuestra alianza con las mujeres y el principio del rol inequívoco en todo lo relacionado con la salud sexual y reproductiva de las mujeres y sus familias.

Para la celebración de un congreso de estas características, se han unido varios objetivos. El primero es el de congregar un foro de encuentro científico y social entre las matronas que impulse la divulgación y el intercambio del conocimiento; Al mismo tiempo la oportunidad de reflexionar sobre los cambios sociales que implican nuevas demandas en el trabajo, y algo igualmente vital, como es **mantener la profesión viva y pujante analizando "desde dentro" las líneas de evolución necesarias.**

En nombre de la Asociación Española de Matronas y la Asociación Científica de Matronas de Aragón, os damos la bienvenida y haremos que vuestra estancia en Zaragoza sea inolvidable para compensar el esfuerzo realizado por todos: congresistas, ponentes, empresas y organizadores. Participar de una u otra forma en los eventos científicos es **hacer profesión**, y éste debe ser un compromiso para todo el colectivo.

Feliz y provechoso Congreso

Sofía Gotor Colas  
Presidenta del Congreso

## 6 JUNIO - JUEVES

8:00 h  
a  
10,30 h

**Acreditación de congresistas y entrega de documentación**

Secretaría Técnica

Edificio Bantierra. C/Coso, 29. Zaragoza

### Talleres

SALA 1  
8:30 h a  
10,30 h

**"Biomecánica en el parto y entrenamiento sinérgico puerperal"**

Dña. M<sup>o</sup> Susana Lafuente Pardos

Matrona. Fisioterapeuta

SALA 2  
8:30 h a  
10,30 h

**"Voz y sonido para un embarazo y parto saludables"**

Dña. Laura Lisi

Pedagoga musical. Licenciada en Rítmica Dalcroze. Especialista en psicofonía

## Inauguración oficial del XVI Congreso Nacional de matronas

Salón de  
Actos  
11,00 h

**CONFERENCIA INAUGURAL**

**"Aspectos antropológicos de la mecánica del parto"**

**Nombramiento Matrona Honorífica**

**D. Juan Luis Arsuaga Ferreras**

Antropólogo. Director del Centro de Evolución y Comportamiento Humano. Catedrático de Paleontología de la UCM. Miembro del equipo de investigaciones de Atapuerca.

### Mesa 1

**Moderadoras: Dña. Isabel Castelló y Dña. Isabel Martínez**

Salón de  
Actos  
12,30 h

**"Anticoncepción sin estrógenos. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos"**

**D. José Vicente González Navarro**

Doctor en medicina. Especialista en Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza. Presidente de la Sociedad Española de Contracepción.



**"Sexualidad y Lactancia Materna"**

**Dña. Carmen Lamana Delgado**

Matrona. Máster en sexología

Salón de  
Actos

13,00 h

**"Influencia de la imagen corporal en el deseo sexual de las mujeres de la zona básica de salud de Jaca con perspectiva de género"**

**Dña. Cristina Zubiri Ramírez**

Matrona de Atención Primaria. C.S. Jaca. Máster en sexología

Salón de  
Actos

13,30 h

**Ruegos y preguntas**

**Sesión de Comunicaciones**

Moderadoras: Dña. Carmen Molinero y Dña. Yolanda Espinosa

**"Valoración de los niveles de ansiedad y depresión en la gestante hospitalizada"**

**Dña. Esther Marco Villacampa**

Matrona

Col.: A. Lagén Coscojuela, M. Plumed Tejero,  
L. Sola Artero, M. Villacampa Alonso

Salón de  
Actos

16,00 h

**"Reflexología en el embarazo"**

**Dña. M<sup>a</sup> Pilar Escanilla Samper**

Matrona

Col.: L. Morera Liáñez, C. Navarro Gil,  
A. Bueno Peral, P. Sánchez Molina

Salón de  
Actos

16,10 h

**"Qué hace una matrona en Atención Primaria (AP)?.**

**Nuevos horizontes en el puerperio"**

**Dña. M<sup>a</sup> José García Junquera**

Matrona

Col.: C. Cuadrado Orduña, P. Paciencia Bañares

Salón de  
Actos

16,20 h

**"Características y evolución del patrón sexual en el embarazo"**

**Dña. Marta Rodríguez León**

Matrona

Salón de  
Actos

16,30 h

## 6 JUNIO - JUEVES

Salón de  
Actos  
16,40 h

**"Situación del cribado de Cáncer de Cérvix en Barbastro tras la implantación de un plan de mejora de calidad conjunto Primaria-Especializada e implantación del Test de HPV"**

Dña. Patricia Millanes Gallinat

Matrona

Col.: M.A. Aragón Sanz, V.Vallés Gallego, R. Oncins Torres,  
E. Clemente Roldán

**Ruegos y preguntas**

### Mesa 2

Moderadores: D. Javier Gallego y Dña. M<sup>o</sup> Angeles Checa

Salón de  
Actos  
17,00 h

**"Disfunción tiroidea y embarazo"**

Dña. M<sup>o</sup> Orosia Bandrés Nivelá

Doctora en medicina. Especialista en Endocrinología y Nutrición del Hospital Royo Villanova de Zaragoza. Miembro del grupo de trabajo de "Diabetes y Embarazo" de la Sociedad Española de Diabetes.

Salón de  
Actos  
17,30 h

**"La Microbiota humana durante el embarazo y la lactancia"**

D. Juan Miguel Rodríguez Gómez

Doctor en Veterinaria. Profesor del departamento de Nutrición, Bromatología y Tecnología de los alimentos de la Universidad Complutense de Madrid. Director del grupo de investigación PROBILAC.

### Pausa café

Sala de  
columnas  
18,00 h

Salón de  
Actos  
18,20 h

**"Epigenética y nutrición perinatal"**

D. Paúl Cordero Sánchez

Doctor en farmacia. Mención de doctorado internacional. Máster Europeo en Metabolismo y Nutrición. Departamento de Ciencias de la Alimentación y Fisiología. Facultad de Farmacia. Universidad de Navarra.





**"Nutrición durante la lactancia y consumo de cerveza sin"**

**Dña. M<sup>a</sup> José Ramón del Carmen**

Matrona de Atención Primaria. C.S. Perpetuo Socorro (Huesca).  
Máster Universitario en Ciencias de la Enfermería.

Salón de  
Actos

18,50 h

**"Nutrición y embarazo"**

**D. Santiago Palacios Gil Antuñano**

Doctor en Medicina. Especialista en Ginecología y Obstetricia.  
Director Instituto Palacios. Presidente de la Fundación Española  
Mujer y Salud (FEMYS)

Salón de  
Actos

19,20 h

**"Trastornos más frecuentes en el recién nacido"**

**D. Fernando García Sala**

Pediatra. Neonatólogo. Valencia

Salón de  
Actos

19,50 h

**Ruegos y preguntas**

**Cocktail Cena**

20,30 h

Salón  
Triunfo de  
Baco  
y Hall  
anexo



**Hotel Rey Alfonso**

C/ Coso, 15  
Zaragoza

**7 JUNIO - VIERNES**

**Sesión de Comunicaciones**

Moderadoras: Dña. Carmen Molinero y Dña. Isabel Castelló

Salón de  
Actos

9,10 h

**"Utilidad y satisfacción del programa de Educación Maternal:  
Un instrumento evaluativo"**

Dña. Roser Carme Palau Costafreda

Matrona

Col.: A. Martínez Isidoro, S. Gutierrez Camblor, E. Coll Navarro

Salón de  
Actos

9,20 h

**"Vulvectomía: Adiós a una parte de mí. Relato biográfico de  
una vulvectomía radical en una mujer joven"**

Dña. Rocío Palomo Gómez

Matrona

Col.: M. Romeu Martínez, N. Martínez Castellón, L. Rodríguez Díaz,  
J.M. Vázquez Lara

Salón de  
Actos

9,30 h

**"El cerebro femenino en el postparto. Qué pasa con la sexualidad"**

Dña. Celia Navarro Gil

Matrona

Salón de  
Actos

9,40 h

**"Impacto de la obesidad en la gestación, parto y puerperio"**

Dña. Lucía Monzón Muñoz

Matrona

Col.: M. Zamorano Agustín, L. Salcedo Clemós, B. Salvador Sabés,  
M. Sánchez Gil

Salón de  
Actos

9,50 h

**"Vacunación del virus del papiloma humano en hombres, un reto  
por conseguir"**

Dña. María Romeu Martínez

Matrona

Col.: R. Palomo Gómez, N. Martínez Castellón, L. Rodríguez Díaz,  
J.M. Vázquez Lara



**"Bioética del cuidado para matronas"**

**Dña. Hermelinda Estévez Rial**

Matrona

Salón de  
Actos

10,00 h

**"Nuevo modelo de atención al parto y nacimiento normales:  
Hospital Universitario de Basurto, un cambio de  
paradigma asistencial"**

**Dña. Alicia Valtierra Pérez**

Matrona

**Col.: M. Salz de la Maza escobar, M. Marcos Pérez,  
E. Cea Zurrón, B. Bravo Arranz**

Salón de  
Actos

10,10 h

**"Súrgere (1959-1973): La voz de las matronas en el Franquismo"**

**Dña. M<sup>a</sup> Elena Cabeza Guillén**

Matrona

**Col.: C. Miqueo Miqueo**

Salón de  
Actos

10,20 h

**"Satisfacción de las mujeres durante el parto"**

**Dña. Marta Sánchez Gil**

Matrona

**Col.: B. Salvador Sabés, E. Ramón Arbués, M. Zamorano Agustín,  
L. Monzón Muñoz**

Salón de  
Actos

10,30 h

**"Validez de contenido y pre-test cognitivo del cuestionario para  
valorar la dispareunia (FYSS\_DP) en mujeres atendidas  
tras un parto eutócico, que precisaron reparación perineal"**

**Dña. Carolina López Lapeyrere**

Matrona

**Col.: A. B. Hernández López, M.J. Montes Montes**

Salón de  
Actos

10,40 h

**Ruegos y preguntas**

**Pausa café**

Sala de  
columnas

11,00 h 9

XVI CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS  
 II CONGRESO NACIONAL  
 DE LA ASOCIACIÓN CIENTÍFICA DE MATRONAS DE ARAGÓN

## 7 JUNIO - VIERNES

### Mesa 3

Moderadoras: Dña. Ana Belén Laviña y Dña. Yolanda Espinosa

Salón de  
Actos

11,30 h

**"Actualización en la interpretación del registro cardiotocográfico"**

**D. Sergio Castán Mateo**

Doctor en medicina. Especialista en Obstetricia y Ginecología. Jefe de la Unidad de Partos del Hospital Universitario Miguel Servet. Profesor asociado en Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina (Universidad de Zaragoza).

Salón de  
Actos

12,00 h

**"Actualidad de la Obstetricia. Técnicas nuevas, conceptos antiguos"**

**D. José Manuel Campillos Maza**

Licenciado en medicina. Especialista en Obstetricia y Ginecología. Jefe de la sección de medicina materno-fetal del servicio de Obstetricia del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

Salón de  
Actos

12,30 h

**"El papel de la matrona en la planta de alto riesgo y en los servicios de obstetricia"**

**Dña. Ruf Berges Pérez**

Matrona del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

### Ruegos y preguntas

### Mesa 4

Moderadoras: Dña. Isabel Manzano y Dña. Carmen Molinero

Salón de  
Actos

16,00 h

**"Depresión postparto y Estrategia de Atención al Parto Normal: ¿Existe relación con las prácticas obstétricas?"**

**Dña. Ana Belén Laviña**

Matrona del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

Salón de  
Actos

16,30 h

**"Efectos psicológicos de la reproducción asistida"**

**D. Jaime Ferrández Cortés**

Licenciado en Medicina. Especialista en psiquiatría. Unidad de Psicopatología y Psiquiatría de enlace del servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

### Ruegos y preguntas



## Pausa café

Sala de columnas  
17,10 h

**"¿Por qué decir depresión cuando quieren decir DUELO? (el duelo desde el punto de vista de las necesidades humanas)"**

**Dña. M<sup>o</sup> Concepción Barrio Bielsa**

Matrona del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.  
Diplomada en Medicina Naturista

Salón de Actos  
17,30 h

**"Humanización y acompañamiento. Reflexiones de una enfermera de la UCI Neonatal de la Comunidad de Aragón"**

**Dña. M<sup>o</sup> Teresa Villanueva Orbaiz**

Diplomada en Enfermería. Diplomada en enfermería de pediatría-puericultura. Enfermera cuidados médico-quirúrgicos. UCI Neonatal. Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

Salón de Actos  
18,00 h

**"Protección del lactante frente a la tos ferina: Estrategia nido"**

**Dña. Isabel Romero Blanco**

Coordinadora del servicio de pediatría de Hospitales de Madrid

Salón de Actos  
19,00 h

## Ruegos y preguntas

## Cena del Congreso



21,30 h  
Salón Victoria y Hall anexo

**Hotel Palafox**

C/ Marqués de Casa Jiménez, s/n  
Zaragoza

**8 JUNIO - SABADO**

**Mesa 5**

Moderadoras: Dña. Sofía Gotor y Dña. Rosa M<sup>o</sup> Plata

Salón de  
Actos  
9,30 h

**"Psicopedagogos y matronas en la educación intra-útero"**

Dña. Mar Sánchez Manchori

Psicopedagoga. Directora del Instituto valenciano de Pedagogía creativa.

Salón de  
Actos  
9,45 h

**"Osteopatía aplicada al embarazo, parto y puerperio"**

D. Raúl Guzmán Mora

Titulado superior en Osteopatía . Jefe del servicio de Osteopatía en Clínica VASS. Director del Instituto de Formación y Desarrollo clínico en terapias infantiles.

Salón de  
Actos  
10,30 h

**"La Deontología de la profesión, reflexión desde el reconocimiento"**

Dña. Isabel Castelló López

Matrona. Psicóloga.

**Ruegos y preguntas**

---

Salón de  
Actos  
11,00 h

**"Factores de transferencia y sistema inmune"**

D. Antonio Alzina Forteza

Profesor asociado de la Facultad de Medicina de la U.C.M.  
Especialista en Fitoterapia y Homeopatía.

---

Sala de  
columnas  
11,20 h

**Pausa café**

Salón de  
Actos  
11,40 h

**"Riesgos psicosociales en el desempeño profesional de las matronas"**

D. Juan Antonio Arias Prieto

Graduado social. Máster en Prevención de Riesgos Laborales



**"Intrusos en la profesión de matrona"**  
**D. Alberto Ortega Pérez**  
Abogado. Docente en Derecho Sanitario.

Salón de  
Actos  
12,10 h

**"La marca MATRONA en tiempos de crisis"**  
**Dña. M<sup>a</sup> Angeles Rodríguez Rozalen**  
Matrona. Máster en Dirección de Marketing.  
Presidenta de la Asociación Española de Matronas.

Salón de  
Actos  
12,40 h

**Ruegos y preguntas**

**Entrega de Premios**  
**Lectura de Conclusiones**  
**Clausura del Congreso**

Salón de  
Actos  
14,00 h

**MUY IMPORTANTE:**

*El certificado de créditos solo podrá obtenerse cuando la suma del tiempo total de asistencia al Congreso (presencia en sala de ponencias) sume el 90% de la duración total del Programa Científico. Las horas de permanencia son leídas y acumuladas mediante el chip que contiene su tarjeta identificativa.*

**NO OLVIDE LLEVARLA DURANTE TODO EL CONGRESO.**

*Es una exigencia de la Comisión de Acreditación de Actividades Presenciales de Formación Continuada del S.N.S.*

# XVI CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

## II CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN CIENTÍFICA DE MATRONAS DE ARAGÓN

### **IMPACTO DE LA EDAD MATERNA SOBRE EL PARTO EN EL AÑO 2012 EN EL HOSPITAL X**

María García Mazón, Yolanda Suárez Rodríguez, Belén Aldecoa Álvarez

### **ABORDAJE Y PREVENCIÓN DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA DESDE EL SERVICIO DE PARITORIO**

Esther Viñerta Serrano, Pilar Isar Malo, Sofía Martínez Carballo, Belén Sabater Adán, Carmen Sanz Hernández

### **FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO Y RESULTADOS OBSTÉTRICOS Y PERINATALES.**

#### **DIFERENCIAS SEGÚN ORIGEN DE LAS GESTANTES EN UN CENTRO DE SALUD MULTICULTURAL**

Dolores Salas Casas, M<sup>o</sup> Rosa Banús Giménez

### **¿QUÉ OPINAN LOS PADRES DE LA LACTANCIA MATERNA?**

Beatriz Fernández González, Eusebia Romano Santos, Lidia Díez Soro

### **¿INFLUYE EL GRUPO DE PREPARACIÓN AL PARTO Y EL GRUPO DE CRIANZA EN LAS TASAS DE LACTANCIA MATERNA?**

M<sup>o</sup> Dolores Vallés Pinto, Blanca Jimeno Sierra, Encarna Sanz de Miguel

### **¿POR QUÉ MAMÁ OYE MEJOR EL LLANTO DEL BEBÉ QUE PAPÁ?**

Celia Navarro Gil, Pilar Sanchez Molina, Aránzazu Bueno Peral, Leticia Morera Lláneiz, Pilar Escanilla Samper

### **CRIBADO DEL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO: ANEUPLOIDIAS Y EDAD MATERNA**

Araceli Mombiela Guillén, M<sup>o</sup> Isabel Llovet Lombarte

### **EFFECTOS COLATERALES DE LA ANALGESIA EPIDURAL: AUMENTO DEL RIESGO DE DISTOCIA Y PARTO INSTRUMENTAL**

Zaida Rodríguez Puente

### **ANALGESIA EPIDURAL E INTEGRIDAD DEL PERINÉ**

María Vázquez Bautista, Elena Chapín Segura, Marta Gómez Perea, Fuensanta Martínez Almarcha

### **¿CÓMO PLANIFICAN LAS MUJERES TRAS EL PARTO?**

Eusebia Romano Santos, Beatriz Fernández González, Gemma March Jordi

### **IDENTIFICACIÓN DE LA PAMG-1 EN LA PREDICCIÓN DEL TIEMPO PARA EL PARTO EN PACIENTES PRETÉRMINO CON TRABAJO DE PARTO**

Nuria García Cuadrado, Raquel Maqueda Moreno, Noelia Pallarés Jiménez

### **IMPORTANCIA DE LA TONIFICACIÓN DEL SUELO PELVICO EN LA INCONTINENCIA URINARIA, CALIDAD DE VIDA Y SEXUALIDAD FEMENINA**

Lucía Soraya Sánchez Fernández, Belén Val Lechuz

### **ASISTENCIA EN MACROSOMAS EN 2012**

Leire Diener Rico, Jacqueline Cevallos Correa, Pilar Ponce Molina, Eva Jové Ortega, Elena Reus Calvo

### **AUTOESTIMA MATERNA Y ELECCIÓN DEL TIPO DE LACTANCIA**

Xenia Bertran Gumá, Silvia Fernández Olmedo, Inés Molina Vañó

### **EVALUACIÓN DEL CIRCUITO DEL PLAN DE NACIMIENTO**

M<sup>o</sup> Pilar Ponce Molina, Leire Diener Rico, Clara García Terol

### **PROYECTO DE CREACIÓN DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DOMICILIARIO DE LA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES QUE CUMPLAN CRITERIOS**

Raquel Miguel Muñoz, Pilar Sancho Pérez, Lourdes Muñoz Visiedo

### **EL COLECHO, UNA REALIDAD SOCIAL**

Idoya Bonet Beltrán, Catalina Cano García, Gloria Más Sanfulgencio

### **A CLASE CON EL BEBÉ. TALLER DE PSICOMOTRICIDAD**

M<sup>o</sup> Paz Alarcón Diana, Julia Puyol Lacueva

### **A PROPÓSITO DE UN CASO: INDUCCIÓN DE PARTO CON BOLSA ÍNTEGRA**

Clara González Tornos, Lucía Moya Ruiz, Elena Díaz Busnadiego





## **VIVENCIA DE LA SEXUALIDAD TRAS EL PARTO**

María Gómez Perea, María Vázquez Bautista, Elena Chapín Segura, Fuensanta Martínez Almarcha

## **¿AÚN TOMA TETA? RETOS DE LA LACTANCIA MATERNA PROLONGADA**

M<sup>a</sup> Pilar Escanilla Samper, Celia Navarro Gil, Leticia Morera Liáñez, Aránzazu Bueno Peral, Pilar Sánchez Molina

## **EMBARAZO DURANTE LA LACTANCIA MATERNA: REVISANDO LA EVIDENCIA**

Coral Ballesteros Calero, Yolanda Espinosa de los Monteros Valle

## **PLAN DE PARTO: ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS QUE INFLUYEN EN SU ELECCIÓN**

Natalia Barrio Forné, Cristina Santos Marco, Verónica Paredes Rubio, Laura Gómez Mendoza, Eva Bujeda Blanco

## **CRIBADO DE LA DEPRESIÓN POSPARTO EN LA CONSULTA DE LA MATRONA**

Eva M<sup>a</sup> Orte González, M<sup>a</sup> José Ramón del Carmen, Begoña Muñoz Zaragoza

## **EL USO DE LA AROMATERAPIA EN EL TRABAJO DE PARTO**

Carmen M<sup>a</sup> Sánchez Sánchez, Rocío Rodríguez López, Raquel Márquez Bustamante

## **PARTO DIFERIDO EN GESTACIÓN GEMELAR: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Anna Monsó Sumalla, Aída Gabriel Torrens, Eva Font Montpeat

## **EXPERIENCIA CON EL ÓXIDO NITROSO EN EL HOSPITAL DEL MAR; INSTAURACIÓN DE UNA ALTERNATIVA**

**PARA EL MANEJO DEL DOLOR DURANTE EL TRABAJO DE PARTO**

Ainoa Biurrun Garrido, Carmen Sala Añenza

## **ACUPRESIÓN EN EL TRABAJO DE PARTO**

M<sup>a</sup> Almudena Vázquez Nogueira, Eva Jové Ortega, Estefanía Cardo Juan

## **LACTANCIA MATERNA: ¿INFLUYE EN LAS RELACIONES SEXUALES DE LA PAREJA?**

Isabel Velasco Gómez, Elena Fernández Barriga

## **EFICACIA DEL USO DEL JENGIBRE EN EL TRATAMIENTO DE NAUSEAS Y VÓMITOS DEL EMBARAZO**

M<sup>a</sup> Pilar Sancho Pérez, Raquel Miguel Muñoz, Carolina Guantes Ruiz

## **REBORDE CERVICAL ANTERIOR Y PUJO TEMPRANO ¿COMPATIBLES?**

Miriam Orellana Reyes, Adriana Vilas Rodríguez, Estefanía Valencia Gómez, María Teresa García Negrillo,

## **DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMALMENTE INSERTA (DPPNI): SOSPECHA Y DIAGNOSTICO**

Cristina Santos Marco, Natalia Barrio Forné, Verónica Paredes Rubio

## **PRÁCTICA BASADA EN EVIDENCIA CIENTÍFICA: LA PETIDINA**

M<sup>a</sup> Dolores García García

## **FOTOPROTECCIÓN. PREVENCIÓN DESDE EL NACIMIENTO: UN RETO FAMILIAR, SOCIAL Y SANITARIO**

Juana M<sup>a</sup> Vázquez Lara

## **EL USO DE LA TEORÍA SALUTOGÉNICA EN EL PROCESO GESTACIÓN-PARTO-PUERPERIO**

Mercedes Pérez Botella

## **BENEFICIOS DE LA PLACENTOFAGIA, ¿POR QUÉ COMERSE LA PLACENTA?**

Lidia Martín Rivera

## **LA SALVAGUARDA DEL PERINÉ EN EL EMBARAZO Y PUERPERIO**

M<sup>a</sup> Pilar Sánchez Molina, Aránzazu Bueno Peral, Leticia Morera Liáñez, M<sup>a</sup> Pilar Escanilla Samper, Celia Navarro Gil

## **IMPORTANCIA DE LA SALUD ORAL EN EL EMBARAZO**

M<sup>a</sup> Hernández Rabal, Jéssica Gallego Molina

## **SALUD SEXUAL EN EL CLIMATERIO. PAPEL DE LA MATRONA**

Encarnación Castro Rodríguez, Carmen Gallardo Trujillo

## **MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE PARTO PREMATURO Y ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS**

Luciano Rodríguez Díaz, Rocío Palomo Gómez, María Romeu Martínez, Juana M<sup>a</sup> Vázquez Lara

## **INICIATIVA CENTRO DE SALUD IHAN**

Verónica Blanco Jimeno

## **CREANDO SEGURIDAD EN TORNO AL PARTO**

Julia Pascual Mayor, Pilar Olmedo Gómez

La Asociación Científica de Matronas de Aragón  
y la Asociación Española de Matronas  
agradecen la participación  
de éstas empresas:

 AmniSure®

 centro de información  
**CERVEZA  
y SALUD**

  
GEDEON RICHTER

 Laboratorios Viñas sa

 Mi bebé y yo

 SEAGULL MEDICA

 CASEN  
**Fleet**  
Laboratories

 ELPOZO  
*Bien Star*

 Johnson's®  
*baby*

 medela 

 Nuby™

 stryker®

  
AQUILEA  
Expertos en cuidado natural

Ilustre Colegio Oficial de Zaragoza

  
ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

 gsk  
GlaxoSmithKline

 ITALFARMACO

 ISDIN

 PHILIPS  
AVENT

 suavinex®

  
XVI Congreso  
Nacional de Matronas  
Asociación Española de Matronas  
II Congreso de la Asociación  
Científica de Matronas de Aragón

[www.aesmatronas.com](http://www.aesmatronas.com)  
[www.matronasaragon.org](http://www.matronasaragon.org)  
[www.16congresonacionaldematronas.es](http://www.16congresonacionaldematronas.es)





D.G. Investigación, Formación e  
Infraestructuras Sanitarias

Comunidad de Madrid  
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Por la presente **NOTIFICACIÓN**, le informo de que las actividades docentes de Formación Continuada, cuyos datos identificativos figuran más abajo, y para las que en su día, nos fue solicitada su acreditación, tras completar el proceso de evaluación correspondiente, han sido informadas favorablemente por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid, al igualar o superar en el componente cualitativo de la evaluación, el valor mínimo exigido de 1 (escala de 0 a 2,8).

En atención a este dictamen, el lmo. Sr. Director General de Investigación, Formación e Infraestructuras Sanitarias emitió la correspondiente resolución, que las **ACREDITA**.

Número total de actividades docentes notificadas en el presente documento: 1

Proveedor: Asociación Española de Matronas


**1** N° Expediente: **13/ 2734** Modalidad: PRESENCIAL Créditos: 4,1

Título: XVI Congreso Nacional de Matronas

Fecha de registro: 15/03/2013 Fecha de resolución: 16/05/2013

A celebrar del: 06/06/2013 al: 06/06/2013 en: Zaragoza

Profesiones: Enfermería

 Dirección General de Investigación,  
Formación e Infraestructuras Sanitarias  
CONSEJERÍA DE SANIDAD  
Comunidad de Madrid



Comisión de Formación Continuada  
de las Profesiones Sanitarias de  
la Comunidad de Madrid



D.I. Investigación, Formación e  
Infraestructuras Sanitarias

**Comunidad de Madrid**

CONSEJERÍA DE SANIDAD

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

1º Desarrollo de la actividad docente acreditada, ateniéndose estrictamente, a la información y condiciones reflejadas en la documentación de solicitud, en virtud de las cuales, se han otorgado los créditos. Cualquier modificación posterior, que el proveedor considere justificado introducir, debe ser comunicada y aprobada por nuestra Comisión, para mantener la acreditación otorgada. También es obligatorio notificar la anulación de la actividad docente acreditada, si ésta no se llegara a celebrar.

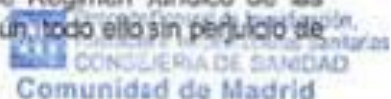
2º Facilitar cualquier tipo de información y acceso a la documentación que, en su caso, y para comprobar la fidelidad de las condiciones de acreditación en el desarrollo de la actividad docente, le solicite esta Secretaría Técnica.

3º Utilizar nuestro logotipo oficial, el de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid, de forma exclusiva y clara, asociado a la actividad acreditada, tanto en su publicidad, certificación y cualquier otro documento necesario y vinculado a la misma.

4º Incluir, literalmente, el texto "Actividad docente, con número de expediente..., acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid-Sistema Nacional de Salud, con..... créditos de formación continuada para las siguientes profesiones:...." en los certificados de asistencia o 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.

Contra esta Resolución, que no agota la vía administrativa, cabe interponer recurso de alzada ante la Viceconsejería de Ordenación Sanitaria e Infraestructuras en el plazo de un mes a partir del día siguiente al de su notificación, de conformidad con lo previsto en los artículos 114 y 115 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, todo ello sin perjuicio de poder ejercitar cualquier otro recurso que estime oportuno.



Madrid a 21 de mayo de 2013

Fdo. D. José María Pérez Arévalo  
Secretario Técnico de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones  
Sanitarias de la Comunidad de Madrid



Comisión de Formación Continuada  
de las Profesiones Sanitarias de  
la Comunidad de Madrid

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



## **SITUACIÓN DEL CRIBADO DE CERVIX EN BARBASTRO TRAS LA IMPLANTACION DE UN PLAN DE MEJORA DE CALIDAD CONJUNTO PRIMARIA-ESPECIALIZADA E IMPLEMENTACION DEL TEST HPV.**

*AUTORES: Patricia Millanes Gallinat; ; M.A Aragón Sanz; Víctor Valles Gállego; Eduardo Clemente Roldán ; Rosa Oncins Torres.*

### **INTRODUCCIÓN**

En 2005, se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar para analizar la situación del cribado de cáncer de cérvix en nuestro Sector observándose una repetición innecesaria de citologías a mujeres de bajo riesgo, escasa colaboración entre niveles asistenciales y baja cobertura poblacional. Durante estos 8 años hemos trabajado conjuntamente para facilitar que Atención Primaria asuma con garantías el cribado de cáncer de cérvix y en el año 2011 incorporamos al cribado la detección del test de HPV por la mayor sensibilidad de la prueba.

### **OBJETIVOS:**

- Disminuir la mortalidad por cáncer de cérvix.
- Aumentar la cobertura poblacional.
- Reforzar criterios entre Niveles Asistenciales y transmitir mensajes idénticos a la población.
- Evitar repetición innecesaria de pruebas y duplicidad de consultas en Primaria y Especializada.
- Incrementar detección de lesiones.
- Gestionar eficientemente los recursos.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

- Reuniones de los Servicios implicados
- Elaboración de un Protocolo conjunto Primaria-Especializada (última revisión Enero 2011)
- Elaboración de un tríptico informativo para las mujeres sobre Diagnóstico Precoz de cáncer de cérvix
- Sesiones informativas en Hospital y Centros de Salud del Sector
- Charlas a mujeres
- Monitorización de todas las citologías realizadas desde 1989 hasta 2011.

### **RESULTADOS**

En el año 2012 se han realizado 1422 citologías menos que en el año 2005, que iniciamos el Plan de Mejora de calidad y se ha incrementado la cobertura poblacional en un 13%. Eso nos indica que se están captando mujeres nuevas y que siguiendo el Protocolo no se repiten citologías a mujeres ya cribadas.

El 83,55% de las citologías se han realizado en Atención Primaria, siendo éste el nivel asistencial responsable del cribado.

En Atención Especializada se han realizado 2863 citologías menos que en 2005, lo que supone un total de 2863 consultas nuevas evitadas.

Se ha multiplicado por 5 el nº de lesiones detectadas, pasando de 9 en 2005 a 45 en 2012, a pesar de realizar 1422 citologías menos. Tras la introducción del test del HPV (nos informa si la paciente es portadora de HPV de riesgo oncológico) junto a la citología observamos que en tan solo un año de aplicación aumentamos la detección de lesiones al doble que al año anterior. Esto se debe por un lado al aumento de la cobertura poblacional y por otro lado a la mayor sensibilidad de la prueba para diagnosticar CIN II.

Solo en 2 años se han diagnosticado 24 lesiones que si no hubiéramos realizado la detección del HPV no se habrían diagnosticado en estadios iniciales y han permitido un tratamiento curativo de la enfermedad.

La implicación de la Atención Primaria en la captación de mujeres no cribadas y grupos de riesgo es imprescindible para realizar un cribado poblacional, es decir, para toda la población.

Contabilizando el nº de consultas evitadas por los especialistas + el incremento de las citologías realizadas en Atención Primaria+ test de HPV, se han ahorrado en 2012 unos 230.583,85 euros.

### **CONCLUSIONES**

- Atención Primaria debe ser la responsable del cribado de cérvix y se debe establecer una clara coordinación con especializada para el tratamiento y seguimiento de las lesiones
- Es necesario un Protocolo único entre los diferentes Niveles
- El cribado realizado por Atención Primaria es costo-eficiente y seguro si se coordina y protocoliza adecuadamente con Atención Especializada.
- El incremento en la detección de lesiones pre-invasivas, supone que podemos tratar y curar 40 cánceres invasivos al año, con el

## **VALIDEZ DE CONTENIDO Y PRETEST COGNITIVO DEL CUESTIONARIO PARA VALORAR LA DISPAREUNIA (FYSS\_DP) EN MUJERES ATENDIDAS TRAS UN PARTO EUTÓCICO, QUE PRECISARON REPARACIÓN PERINEAL.**

*AUTORAS: Carolina Lopez Lapeyrere, Ana Belén Hernández López, M<sup>a</sup> Jesús Montes Montes .*

### **OBJETIVO**

Determinar la validez de contenido y el pretest cognitivo del Cuestionario FYSSDP para valorar la dispareunia en mujeres atendidas de parto eutócico con reparación perineal.

### **MATERIAL Y MÉTODO**

FYSSDP es un cuestionario creado en base a la literatura. La versión1 se compone de 7 preguntas: lubricación vaginal, frecuencia dolor/discomfort zona genital externa, frecuencia dolor/discomfort zona vaginal, frecuencia e intensidad dolor/discomfort durante la penetración, frecuencia e intensidad dolor/discomfort después de la penetración. Las preguntas cualitativas tienen 5 opciones de respuesta, escala likert de 0 (nunca) a 4 (siempre). Las preguntas cuantitativas se responden según una escala analógica numérica de 0 (ningún dolor) a 10 (máximo dolor). Para determinar la validez de contenido de FYSSDP se distribuyeron 13 cuestionarios entre expertos ginecólogos y matronas (>10 años experiencia). Cada profesional debía puntuar cada una de las preguntas de FYSSDP, individual y anónima, según su pertinencia (0: nada pertinente; 5: totalmente pertinente) y su claridad (0: nada claro; 5: totalmente claro). Además, de hacer las observaciones oportunas. La versión resultante fue sometida a un pretest cognitivo. Para ello, se seleccionaron a 12 púerperas atendidas de parto eutócico con reparación perineal, secundario a episiotomías o desgarros de 2º grado, que debían puntuar cada una de las preguntas de FYSSDP, individual y anónima, según su claridad (0: nada claro; 5: totalmente claro). Además, de hacer las observaciones oportunas. El estudio se realizó en el Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadadonda (HUPHM), periodo febrero-abril 2012.

### **RESULTADOS**

Participación 12 profesionales (92%), 8 matronas (HUPHM y hospital 12 de Octubre) y cuatro ginecólogos (HUPHM), uno de ellos experto en dispareunia; experiencia media en Obstetricia de 15 años. La versión1 de FYSSDP valorada por los expertos fue puntuada con un promedio de 4,78 en pertinencia y 4,62 en claridad. Se propusieron cambios en el orden de las preguntas, cambios conceptuales y se añadieron 6 preguntas más: deseo sexual, excitación e intensidad del dolor/discomfort en zona genital externa, zona vaginal y frecuencia e intensidad dolor/ discomfort durante el coito. En el pretest cognitivo participaron el 100% de las púerperas, con edad media de 32 años. Valoraron la versión2 de FYSSDP con una puntuación promedio de 4,36 en claridad. Se propuso la eliminación de dos preguntas y el cambio de los términos “zona genital externa” por “vulva y periné”, “durante la penetración vaginal” por “en el momento de la penetración vaginal” y “después de la penetración vaginal” por “una vez finalizado el coito o actividad sexual”.

### **CONCLUSIONES**

FYSSDP demuestra suficiente validez aparente y de contenido, y ha obtenido buenas puntuaciones en el pretest cognitivo. FYSSDP ha sido valorada favorablemente para su aplicación en la valoración de la dispareunia en mujeres atendidas de parto eutócico con reparación perineal. El nuevo cuestionario consta de 11 preguntas, 7 cualitativas y 4 cuantitativas, pendiente de la evaluación de las propiedades métricas del cuestionario. Contar con escalas específicas de medición del dolor, facilita la atención continuada e integral de la púerpera, mejorando la calidad de los cuidados a la madre después del parto. Estudio financiado por el FIS PI10/01063

### **BIBLIOGRAFIA**

1. A. Aluja y J.M. Farré. Cuestionario de satisfacción sexual G.R.I.S.S. (Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction). Validación experimental en lengua española. Disponible en: [http://www.institutoferran.org/documentos/GRISS\\_IRF.pdf](http://www.institutoferran.org/documentos/GRISS_IRF.pdf)
2. Blumel L, Binfa L, Cataldo L, Carrasco A, Izaguirre H, Sarra S. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. Rev Chil Obstet Ginecol 2004; 69: 118-25.
3. Sánchez F, Pérez M, Borrás JJ, Gómez O, Aznar J, Caballero A. Cuestionario evaluador de la función sexual de la mujer –FSM. Diseño y validación del Cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM). Aten Primaria 2004; 34 (6): 286-92.



## SATISFACCIÓN DE LAS MUJERES DURANTE EL PARTO.

*AUTORES: Marta Sánchez Gil, Begoña Salvador Sabés, Enrique Ramón Arbués, Marta Zamorano Agustín, Lucía Monzón Muñoz.*

### INTRODUCCIÓN

La satisfacción de los pacientes es un indicador de la calidad de la atención sanitaria, y también una útil forma de participación de los usuarios en el sistema de salud.

En los últimos años los servicios obstétricos españoles se encuentran inmersos en un profundo proceso de transformación en el modelo de atención al parto. Las nuevas pautas se dirigen a mejorar la participación y el protagonismo de las mujeres de parto. Esta circunstancia implica la necesidad de incorporar la perspectiva de estas mujeres en la valoración global de la atención prestada, de forma que nos permita identificar aquellos aspectos percibidos como insatisfactorios por las propias mujeres y por tanto puedan ser mejorados.

Muchos factores han sido relacionados con la mayor o menor satisfacción de las mujeres. El apoyo de los profesionales sanitarios, las expectativas previas y su grado de discordancia con la experiencia vivida pueden afectar a la valoración final que la mujer realice de su parto; la edad materna, la multiparidad, la asistencia a las clases de preparación al parto, un trabajo de parto más corto, un ambiente íntimo y familiar, un parto vaginal normal (sin intervenciones como instrumentación y episiotomías), la mayor o menor percepción de dolor durante el parto o la no separación de madre e hijo.

### OBJETIVO

Analizar los factores predictores de la satisfacción de las mujeres con su experiencia del parto.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal sobre una muestra de 189 puérperas atendidas durante su parto en el Servicio Aragonés de Salud. Las participantes cumplimentaron de forma anónima un cuestionario validado de satisfacción con el parto (Escala de Mackey, validada en España por Mas-Pons y cols.)

### RESULTADOS Y CONCLUSIONES

De forma general las participantes mostraron un elevado nivel de satisfacción con su experiencia del parto. La labor de la matrona fue el aspecto mejor valorado, por encima de otros como el confort percibido durante el proceso de parto o la labor del ginecólogo.

En nuestra muestra, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en función de la edad, la asistencia a clases de preparación al parto o la forma de iniciarse el mismo (espontánea o provocada). Sin embargo si se observaron valores superiores de satisfacción global en las mujeres inmigrantes, multíparas o en aquellas que presentaron partos eutócicos, se sometieron a la analgesia epidural o disfrutaron de un contacto precoz con su hijo.

A la luz de estos resultados parece necesario un esfuerzo para la mejora de aquellos factores que intervienen en el confort de la mujer de parto. En este sentido, la exploración específica de las expectativas de la mujer y su pareja por parte del profesional obstétrico se antoja fundamental.

## SÚRGERE (1959-1973): LA VOZ DE LAS MATRONAS EN EL FRANQUISMO.

AUTORAS: M<sup>a</sup> Elena Cabeza Guillén, Consuelo Miqueo Miqueo.

### OBJETIVO

Contribuir a la genealogía de las matronas y construcción de su identidad profesional mediante el análisis de la revista que fue el órgano de expresión de la única asociación profesional durante la mayor parte del franquismo. Se trata de la revista continuadora de *Matronas* (1953-56) y precedente de *Matronas Hoy* (1983-86; 1991-2001) y, por ende, de la actual *Matronas Profesión* (2000- ). Su interés radica en que fue la primera revista realizada y dirigida por matronas.

### MATERIAL Y MÉTODO

La fuente de información nuclear del estudio es la revista portavoz de la sección independiente de matronas del Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios. Hemos analizado el conjunto de los 172 fascículos de *Súrgere* publicados entre 1959 y 1973 y custodiados en la Biblioteca Nacional (Madrid); única institución que ha logrado conservar de forma íntegra esta publicación. Es un estudio descriptivo longitudinal que analiza la estructura y función de la revista, en su contexto social, político, religioso y profesional.

### RESULTADOS

*Súrgere* comenzó a editarse en Madrid en marzo de 1959, bajo la dirección de la matrona Doña María García Martín, a su vez presidenta de la sección Matronas del Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios, haciendo un llamamiento a la profesión para “resurgir” de su situación de subordinación y reclamar la categoría que le correspondía en el plano social, económico y académico. Se editó mensualmente sin interrupciones durante 14 años, distribuyéndose de forma gratuita entre el “cuerpo nacional de matronas” urbanas y rurales.

La revista se estructuró en una serie de secciones fijas, sucesivamente, las siguientes: Editorial, La labor del Consejo, Al habla los Colegios, Sección Jurídica, Guía de la matrona, Notas de sociedad y Variedades. Casi todos los números disponían de otras secciones variables, siendo las más importantes: Sección Religiosa, Cartas, Literatura, Anuncios de congresos nacionales e internacionales. La publicidad fue un ingrediente importante desde el primer número, apareciendo profusamente en todos y cada uno de los fascículos.

El rol profesional de la matrona que refleja la revista muestra a una profesión que estuvo bajo la supervisión del tocólogo, quedando limitadas sus funciones a la asistencia del parto, el cuidado de la puérpera y el recién nacido, y al auxilio del tocólogo en casos complicados. La revista daba cuenta de las normas legales establecidas pero sobre todo de los derechos que les asistían. Las matronas utilizaron los colegios y las revistas para defender sus derechos como profesionales y como mujeres, ratificando su posición social y profesional e, incluso, disputando con sus colegas varones -los practicantes- los puestos de mayor poder y, sobre todo, las plazas rurales que los médicos o los practicantes asimilaban a su cargo. Todo parece indicar que se les consideró unas profesionales -mujeres- que debían poseer una recta moral católica que debía regir su práctica profesional y los consejos de salud que proporcionarían a cualquier mujer dudosa de su futura o presente maternidad, para no ceder a prácticas ilícitas.

La información científica sobre el parto, su preparación psicoprofiláctica y la lactancia materna predomina sobre la relativa a los problemas médicos o la patología. Generalmente utilizaron el formato de artículo de revisión, firmados en su mayoría por matronas, aunque no faltaron, sobre todo al principio, las colaboraciones de famosos ginecólogos o pediatras como Botella Llusía o Bosch Marín.

### CONCLUSIONES

Dadas las características de la revista y régimen político dictatorial del país, cuestionamos si *Súrgere* (1959-1973) debe ser considerado el más importante órgano de expresión de las matronas en defensa de su autonomía profesional, y no ser juzgado sólo como otro instrumento de persuasión y encuadre ideológico del Movimiento Nacional franquista y su Iglesia Católica, ni una revista de publicidad clínica y farmacéutica, una vez establecido que no se trata de una revista científica al uso.

## BIOÉTICA DEL CUIDADO PARA MATRONAS

*AUTORA: Hermelinda Estévez Rial.*

### OBJETIVO

1º- Profundizar en la ética de los cuidados diarios para llegar a la excelencia profesional. 2º Reflexionar sobre los dilemas éticos derivados de la actividad profesional de las matronas. 3º- Actualizar los conocimientos sobre cuestiones básicas de bioética.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, observacional, reflexivo sobre los aspectos éticos subyacentes a la actividad de la matrona. Revisión bibliográfica.

### RESULTADOS

La bioética es la parte de la ética que se dedica a estudiar las acciones técnicas del hombre en el ejercicio de las profesiones sanitarias y de la biología. Habitualmente, ante determinadas situaciones, surge la pregunta: ¿es éticamente correcto o bueno todo lo técnicamente posible?.

Además de los clásicos cuatro principios, existen otros tales como: la dignidad, que corresponde a toda persona; la vulnerabilidad, que hace mas referencia al recién nacido, la integridad... Son los pilares de la ética, pero necesitamos también las virtudes- que son hábitos que perfeccionan al profesional y le hacen más apto para desarrollar su labor- tales como: el respeto, la responsabilidad, la paciencia- para captar el ritmo del otro- la prudencia, empatía, confidencialidad, veracidad, tolerancia... Surge así la ética de la responsabilidad o de los cuidados mas adecuada para la actividad de la matrona.

Tras el periodo de reflexión derivado de este estudio, hemos constatado que estos dilemas éticos suceden con mayor frecuencia de la esperada. Surgen en situaciones tan comunes como: Ante la propuesta del plan de parto, puede entrar en conflicto la autonomía de la paciente y la responsabilidad y prudencia de la matrona, conflicto entre la autonomía de la paciente y la vulnerabilidad del feto, en el caso de una gestante que se negase a ser tratada con útero-inhibidores; guardar la confidencialidad ante las preguntas de otros colegas...

Los residentes,- que también manifiestan su interés por esta disciplina- reflejaron sus dudas por escrito, en el llamado "portafolios de bioética" y después resolverán esas cuestiones en su formación teórica.

### CONCLUSIONES

No es suficiente la experiencia clínica, ni el sentido común para tratar estas cuestiones tan frecuentes, en todos los niveles asistenciales. La correcta resolución, exige una metodología, un análisis y deliberación sobre los aspectos éticos implicados en la práctica asistencial. Queda de manifiesto la necesidad de profundizar en este ámbito de conocimientos: garantizar que se trate esta materia en los cursos de formación continuada y en el plan formativo de los residentes.

### BIBLIOGRAFIA

- 1º- "Código deontológico de las matronas españolas", 2011
- 2º -"Cuestiones básicas de bioética". Antonio Pardo. 2010
- 3º- Guía básica:"Ética para profesionales de la salud". S.A.R.2011
- 4º- "Bioética y humanización del parto". José A. Seoane.
- 5º-"Pretender dar bioética teórica al estudiante de medicina es un fracaso". R. Altisent, 2008

## **VULVECTOMÍA: ADIÓS A UNA PARTE DE MÍ. RELATO BIOGRÁFICO DE UNA VULVECTOMÍA RADICAL EN UNA MUJER JOVEN.**

*AUTORES: Rocío Palomo Gómez, María Romeu Martínez, Nerea Martínez Castellón, Luciano Rodríguez Díaz, Juana María Vázquez Lara*

### **OBJETIVO**

Conocer la experiencia vivida por una mujer a la que se le practica una vulvectomía radical tras el diagnóstico de un cáncer de vulva.

### **MATERIAL Y MÉTODO**

Se utiliza un diseño de investigación cualitativa, el relato biográfico. Se pretende estudiar la experiencia vivida por Dolores tras la práctica de una vulvectomía radical, mediante la narración expresada con sus propias palabras. La informante del relato es seleccionada de forma intencional. Para ello se realiza una entrevista semi-estructurada en profundidad, llevada a cabo en el Hospital Materno Infantil Carlos Haya de Málaga. La entrevista es grabada y transcrita literalmente, haciendo después un análisis cualitativo del contenido, dividiendo el texto en diferentes categorías temáticas. Para asegurar un rigor metodológico, el relato es revisado por la informante haciendo las correcciones que consideró oportunas.

### **RESULTADOS**

El carcinoma de vulva es infrecuente y ocurre principalmente en mujeres mayores, aunque esta situación está cambiando en los últimos tiempos por la agresividad del Virus del Papiloma Humano (HPV) en mujeres de edad media. El cáncer de vulva a veces requiere tratarse con la extirpación parcial o completa de la vulva, denominada vulvectomía, que para muchas es percibida como una intervención mutilante tanto en el aspecto físico como psicológico. Estos cambios físicos y psicológicos pueden causar estrés emocional y cambios en el estilo de vida de la mujer, ocasionando problemas en la relación de pareja y afectando negativamente a la calidad de vida.

A lo largo del relato biográfico se dejan ver dos fases predominantes; una inicial de afrontamiento ante un duro diagnóstico de cáncer de vulva y una segunda fase de afrontamiento a su nueva imagen corporal y relaciones sexuales. En esta segunda etapa la informante narra los problemas que se le presentan ante esta situación tras el diagnóstico inmediato y después de cuatro meses tras la intervención.

Analizando la narrativa se puede observar como la informante utiliza fundamentalmente la autonomía como estrategia de afrontamiento eficaz para superar una situación compleja. Según la escala de estrategias de Coping - Modificada (EEC-M), la autonomía hace referencia a la tendencia a responder ante el problema buscando de manera independiente las soluciones sin contar con el apoyo de otras personas tales como amigos, familiares o profesionales: "No sé cómo se lo voy a contar a mi marido", "No dejo que mi marido me mire", "Soy muy tradicional para eso (tras aclaración de que existen profesionales para ayudarla)",...

### **CONCLUSIONES**

La cirugía ha llegado a ser el tratamiento de choque para una gran variedad de patologías oncológicas. Para muchas pacientes, ésta salva la vida y en adición, puede reducir sustancialmente o eliminar el dolor incapacitante y facilitar una mayor calidad de vida. Aunque existe una gran probabilidad de resultados positivos, éstos no impiden que la cirugía sea considerada un evento vital estresante, pudiendo tener efectos psicológicos que no son sólo experimentados por la paciente, sino también, por familiares y amigos. La enfermera especialista en obstetricia y ginecología juega un papel importante en el apoyo psicológico de estas pacientes y en la restauración de la respuesta sexual; ya que suelen presentar trastornos de la imagen corporal y patrones sexuales inefectivos. La educación sexual es un largo proceso en el que la matrona debe restaurar la autoestima de la mujer y de su pareja.

## **NUEVO MODELO DE ATENCIÓN AL PARTO Y NACIMIENTO NORMALES: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BASURTO, UN CAMBIO DE PARADIGMA ASISTENCIAL**

*AUTORAS: Alicia Valtierra Pérez; Maite Sainz de la Maza Escobar; Milagros Marcos Pérez; Eva Cea Zurrón; Beatriz Bravo Arranz.*

### **INTRODUCCIÓN**

Los cambios culturales, la práctica asistencial y su condicionante social, surgen de la introducción de sistemáticas y metodologías que “objetivan” la necesidad de cambio. La revisión de rutinas asistenciales por un equipo multidisciplinar, analiza las consecuencias no deseables del parto, la insatisfacción de las mujeres, la interferencia en el vínculo madre-hijo/a, perturbación de la lactancia y consecuencias sobre la salud y el bienestar de las mujeres y sus hijos/as.

### **OBJETIVOS**

- Identificar las variables que afectan la satisfacción de las mujeres
- Disminuir indicadores de co-morbimortalidad
- Trabajar en equipo multidisciplinar
- Desplegar el Nuevo Modelo Asistencial con Atención Primaria
- Promover el cambio con Docencia Médica y Enfermería

### **MATERIAL Y MÉTODO**

- Estudio de indicadores de calidad y análisis de tendencias
- Descripción y análisis de rutinas asistenciales, identificación y priorización de áreas de abordaje inmediato: cómo preservar la integridad del suelo pélvico, tasa de infecciones, cesáreas, potenciando el protagonismo de la mujer.
- Estudios de investigación de cómo preservar la integridad del suelo pélvico.
- Elaboración de nuevos protocolos de actuación multidisciplinarios, participación activa de la “mujer gestante”
- Capacitación, Información continua para profesionales
- Coordinación interniveles asistenciales

### **RESULTADOS**

- El uso de analgesia epidural sin bloqueo motor (walking), en mujeres que lo solicitan, favorece la participación activa en el parto
- Minimizar sistemáticas que dañan el suelo pélvico, reducir transfusiones, episiotomías, sondajes vesicales, disminuye el dolor por traumatismo e incrementa la calidad de la percepción sexual de la mujer.
- Elaboración de un Plan de Parto personalizado. No separación del neonato y “contacto piel con piel”
- Inicio precoz de Lactancia Materna asegurando sus ventajas
- Revisión y elaboración de nuevos protocolos para abordar la analgesia epidural, manejo del parto y del recién nacido, control del embarazo normal
- Programas formativos específicos
- Despliegue del Modelo de Atención al Embarazo y Puerperio con Atención Primaria

### **CONCLUSIONES**

Constatamos un nuevo paradigma asistencial, un modelo de atención al parto y al nacimiento, una atención centrada en las personas, respetuoso con la fisiología, reforzando la autonomía de la mujer, con una única filosofía asistencial que ofrece diferentes cuidados según las circunstancias y expectativas de la mujer con su parto, garantizando calidad del servicio, seguridad y ejercicio de los derechos, planificación y gestión del Proceso así como los recursos materiales y humanos implicados.

El desarrollo de este proyecto, cubre las demandas personales, sociales, profesionales y sanitarias de la mujer y su R.N., derivadas de las líneas innovadoras que se vienen implantando en las últimas décadas en nuestro servicio/centro.

## IMPACTO DE LA OBESIDAD EN LA GESTACIÓN, PARTO Y PUERPERIO.

*AUTORES: Lucía Monzón Muñoz, Marta Zamorano Agustín, Lydia Salcedo Clemos, Begoña Salvador Sabés, Marta Sánchez Gil.*

### OBJETIVO

Conocer el impacto de la obesidad en la gestación, el parto y el puerperio, identificar las complicaciones y patologías asociadas y promover el asesoramiento preconcepcional, la actualización de las recomendaciones y excepciones durante el seguimiento de la gestación y la introducción de hábitos saludables en el estilo de vida.

### MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una exhaustiva revisión a través de diferentes bases de datos biomédicas: PubMed, Cochrane Library, Embase, Science Direct, LILACS, CUIDEN, entre otras. Los descriptores utilizados en la búsqueda fueron; "obesity" "fertility" "pregnancy" "delivery" "puerperium" "pregnancy complications" "maternal outcomes" "fetal outcomes" "childbearing" "gestational weight gain". También se revisaron los protocolos asistenciales y guías de práctica clínica de la organización de profesionales de ámbito nacional SEGO.

### RESULTADOS

La obesidad es la primera epidemia de origen no infeccioso en la historia de la humanidad. Su aumento en las poblaciones de países desarrollados ha seguido una progresión geométrica durante los últimos cincuenta años. El cambio en el estilo de vida, el sedentarismo y la ingesta de alto contenido calórico y escaso valor nutricional parecen ser los principales responsables.

El impacto de la enfermedad afecta a toda la estructura poblacional y repercute directamente en los años reproductivos de la vida de las mujeres. Estudios demuestran que el estilo de vida llevado durante la gestación no solo afecta a los hijos en edad infantil provocando obesidad sino también en la etapa adulta favoreciendo enfermedades como obesidad, diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad cardiovascular.

Por otra parte, la obesidad conlleva asociada trastornos en la fertilidad, mayor riesgo de aborto espontáneo y peores resultados de tratamiento de infertilidad y FIV/ICSI. Además de incrementarse el riesgo de complicaciones médicas, quirúrgicas y anestésicas durante la gestación y parto: diabetes gestacional, hipertensión inducida por el embarazo, síndrome HELLP, apnea obstructiva del sueño, tromboembolismo, malformaciones fetales (defectos del tubo neural, cardiopatías, hidrocefalia, labio leporino, atresia ano-rectal y onfalocela), dilatación enlentecida, incremento de gestaciones prolongadas y fracaso de inducción, parto por cesárea, menor posibilidad de parto vaginal tras cesárea en una gestación posterior, recién nacidos grandes para la edad gestacional o macrosómicos (con mayor riesgo de traumatismo obstétrico materno y fetal) y un incremento de la morbi-mortalidad materna, fetal y perinatal.

El período del puerperio también se ve afectado. La hospitalización es más prolongada debido al mayor número de complicaciones postparto como son la hemorragia postparto, la infección y la formación de seromas y hematomas. De igual modo, el inicio y mantenimiento de la lactancia materna también está comprometido.

### CONCLUSIONES

Las recomendaciones dietéticas y las modificaciones en el estilo de vida son intervenciones efectivas para mejorar el metabolismo materno y prevenir las complicaciones del embarazo asociadas a la obesidad, fundamentalmente la diabetes gestacional y la hipertensión inducida por la gestación.

La practica regular de ejercicio físico diario se debe recomendar a toda gestante, siempre que no exista una contraindicación clara para ello. De la misma manera, se debe realizar un adecuado consejo nutricional para ayudar a la mujer a lograr el objetivo de ganancia de peso durante la gestación.

La mujer obesa o con sobrepeso debe recibir una información clara y concreta sobre los riesgos asociados a su situación nutricional en el embarazo, ya que de ello dependerá su nivel de compromiso y motivación en la tarea de alcanzar un índice de masa corporal (IMC) normal, o al menos, aproximarse lo más posible a este.

## CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DEL PATRÓN SEXUAL EN EL EMBARAZO

*AUTORA: Marta Rodríguez León*

### OBJETIVO

Describir los cambios en se producen en la sexualidad de la mujer durante el embarazo y estudiar aspectos relacionados con la educación sexual.

### MATERIAL Y MÉTODO

El estudio consistió en un análisis descriptivo transversal. El estudio se llevó a cabo con un total de 74 participantes. Se recogieron datos de filiación, estudios, nivel socioeconómico y cultural de ambos cónyuges, edad, duración de la convivencia, problemas y hábitos sexuales, satisfacción con respecto a su vida sexual, importancia y frecuencia de encuentros no genitales y educación sexual recibida

### RESULTADOS

El interés sexual en la embarazada se ve disminuido, particularmente en el 2º trimestre. En general, la frecuencia de coitos a la semana también disminuye, igualmente en el 2º trimestre. Más de la mitad de las encuestadas encuentran su vida sexual satisfactoria, sin olvidar que una parte de ellas aumenta su interés y mejora su vida sexual.

Las mujeres dan gran importancia a su sexualidad, cerca del 30% creen que con su conducta pueden perjudicar al bebé y la gran mayoría desearían recibir más educación sexual.

Prácticamente todas las encuestadas tiene frecuentes encuentros no genitales, éstos son muy deseados y se les da muchísima importancia tanto por parte de las mujeres como de sus parejas.

### CONCLUSIONES

Se debe incidir en la importancia de una mayor educación sexual durante este periodo por profesionales formados en salud sexual, contando con la oportunidad de mejorar la satisfacción de la gestante y su estado general de salud.

Es de suma importancia insistir en la opción no coital para la expresión íntima y el enriquecimiento de la pareja.

## ¿QUÉ HACE UNA MATRONA EN ATENCIÓN PRIMARIA(AP)? NUEVOS HORIZONTES EN EL PUERPERIO.

*AUTORAS: M<sup>a</sup> José García Junquera ; M<sup>a</sup> del Pilar Paciencia Bañares; M<sup>a</sup> del Carmen Cuadrado Orduña.*

### INTRODUCCIÓN

Las expectativas de otros colectivos sanitarios sobre el trabajo que realizamos en A.P., limitan el desarrollo pleno de las funciones que nos son propias y condicionan la actividad cotidiana.

### OBJETIVO

- ✓ Definir Vs cuantificar algunas complicaciones de las menos habituales, diagnosticadas en la Consulta posparto de la matrona durante 2010, 2011 y 2012.
- ✓ Planificar actuaciones futuras desde el enfoque de mejorar la calidad asistencial para las mujeres a las que prestamos nuestros cuidados y servicios.

### MATERIAL Y MÉTODO

Análisis retrospectivo de todas las historias de posparto inmediato y tardío, de las mujeres que acuden a revisión en el Centro de Salud donde se desarrolla nuestra actividad en los años antes mencionados (Total 443). Clasificando aquellas complicaciones detectadas en graves, moderadas y leves; excluyendo dehiscencias de I y II grado y mastitis. No se ha utilizado mas medio diagnóstico que la historia de la mujer, observación, palpación y análisis del informe de alta hospitalario

### RESULTADOS

Se han dividido en

- Graves: persistencia de restos, flebitis, fístulas, abscesos pararectales, desplazamiento de prótesis mamarias
- Moderadas: "maternity blue", incontinencia urinaria (IU), incontinencia de gases/heces y prolapso genital
- Leves: alteraciones duraderas de piel y tegumentos

Canalización para cada una de ellas hacia el nivel asistencial correspondiente (urgencias hospitalarias, Unidad de rehabilitación del suelo pélvico, medico de AP o inicio de un programa precoz de cuidado y fortalecimiento del suelo pélvico (SP)

### CONCLUSIONES

Conociendo la realidad y necesidades de salud en nuestro entorno, podemos planificar nuestra formación continuada y realizar grupos específicos de educación para la salud (EPS) en nuestro área de influencia. Sistematizar la valoración del SP y funcionalidad en la consulta posparto, considerando retirar el material de sutura una vez finalizada su utilidad y finalmente, estar alerta sobre la aparición de complicaciones poco habituales



## VACUNACIÓN DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN HOMBRES, UN RETO POR CONSEGUIR.

**AUTORES:** *María Romeu Martínez, Rocío Palomo Gómez, Nerea Martínez Castellón, Luciano Rodríguez Díaz, Juana María Vázquez Lara .*

### OBJETIVO

- ✓ Disminuir la incidencia de verrugas genitales causadas por el VPH.
- ✓ Reducir la incidencia de cáncer de pene, anal y orofaríngeo.
- ✓ Proporcionar un beneficio adicional en la reducción de la transmisión del VPH a las mujeres.
- ✓ Informar a la población de las recomendaciones actuales de la vacuna del VPH en hombres.

### MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de PubMed y artículos relacionados en MedLine, CINAHL, Cochrane Library, Embase, Enfispo y Cuiden. Las palabras clave utilizadas fueron "hvp vaccine" and "boys". La búsqueda se limitó a la bibliografía publicada en los últimos cinco años.

### RESULTADOS

Las infecciones por el virus del papiloma humano (VPH) están asociadas con el 85 % del cáncer anal, con el 50 % del cáncer de pene, el 70% del cáncer vaginal, el 40 % del cáncer vulvar y alrededor del 12 % del cáncer oro-faríngeo. El estudio de la historia natural de la infección por VPH en los hombres está aumentando, pero sigue siendo menos extenso que el de las mujeres. El VPH 16 es el tipo de VPH predominante visto en cánceres masculinos, el VPH 18 tiene un papel menor. Juntos, estos tipos representan alrededor del 90% de cánceres en hombres. Los condilomas acuminados son la lesión asociada al VPH (VPH 6 y 11) más frecuente en hombres y suponen una importante carga física y psicológica y una alta tasa de fallo del tratamiento siendo este muy costoso. La prevalencia de las verrugas genitales en el varón es similar o algo superior a la observada en la mujer.

Anna R. Giuliano et al, concluyeron en su estudio que la vacuna tetravalente contra el VPH previene la infección con el VPH 6, 11, 16 y 18 y el desarrollo de lesiones genitales externas en varones de 16 a 26 años de edad. Los resultados de este estudio sugieren que la vacunación en hombres reduce la incidencia del condiloma acuminado, no obteniéndose resultados significativos para prevenir el cáncer anal, de pene y de oro-faringe. Hal B. Jenson sugiere que la vacuna tetravalente es inmunogénica, eficaz y segura para los hombres con edad comprendida entre 9 y 26 años. En octubre de 2009, la Food and Drug Administration (FDA) estable que la vacuna tetravalente puede ser administrada en hombres entre 9 y 26 años con el fin de reducir la probabilidad de contraer verrugas genitales; añadiendo la prevención del cáncer anal en hombres y mujeres como una indicación para su uso en diciembre de 2010. El 25 de octubre de 2011, el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) recomienda el uso rutinario de la vacuna del virus del papiloma humano tetravalente en varones de entre 11 y 12 años. ACIP también recomienda la vacunación para los hombres de entre 13 a 21 años que no hayan sido vacunados previamente o que no hayan completado la serie de 3 dosis; varones de 22 a 26 años pueden ser vacunados.

Suzanne M. Garland ha proyectado que la vacunación de rutina a los 12 años de edad de varones y mujeres reduciría la infección por VPH 16 en un 88-94% en las mujeres y un 68-82% en los hombres para el año 2050. Esto supone una reducción del 22-27% de los cánceres asociados a VPH en hombres, que con la vacunación en mujeres solamente no se conseguiría. French M et al y Elbasha EH et al, concluyen que la vacunación de hombres y mujeres generalmente no es rentable en comparación con la vacunación de solo mujeres; pero ninguno de sus modelos incluyen el impacto en el cáncer anal y oro-faríngeo.

### CONCLUSIONES

La vacuna tetravalente ha demostrado ser altamente eficaz en la prevención de lesiones precancerosas vaginales y verrugas genitales en ambos sexos. La vacunación VPH de hombres es menos coste-efectiva para la reducción de cánceres asociados al VPH que la de mujeres. En lo referente a la vacuna tetravalente la prevención de verrugas genitales podría representar un beneficio substancial en la vacunación de los hombres, ya que se ha demostrado una eficacia del 90% para las verrugas genitales. Las verrugas genitales suponen una de las consultas más frecuentes en las clínicas de infecciones de transmisión sexual en los últimos años. Aunque no supone una enfermedad maligna, están asociadas con una importante morbilidad física y psicológica. La vacunación de los hombres podría beneficiar directamente a las mujeres dado que conduciría mejor a la inmunidad general de la población. Por lo tanto, la inclusión de los hombres en un programa de vacunación contra el VPH es probable que tenga un beneficio significativo para la salud y beneficios económicos por encima de los observados en los actuales programas sólo para mujeres. Sin embargo, son necesarios más análisis integrales de costo-beneficio para determinar la eficacia de estos programas en el conjunto de población.

## EL CEREBRO FEMENINO EN EL POSPARTO. ¿QUÉ PASA CON LA SEXUALIDAD?

AUTORA: *Celia Navarro Gil.*

### INTRODUCCIÓN

El nacimiento de un bebé es un acontecimiento que pertenece a la esfera sexual de la mujer. El instinto biológico de la mujer no la orienta ahora hacia la concepción. El postparto es una experiencia física, emocional, espiritual y social, y los ajustes a realizar en este período resultan muy abrumadores.

### OBJETIVOS

- ✓ Ofrecer información de los cambios acontecidos en el cerebro femenino tras el parto: durante la lactancia primero y la crianza después, para así entender los cambios producidos en la sexualidad femenina.
- ✓ Conocer los cambios en la sexualidad en el postparto desde un punto de vista neuro-hormonal y fisiológico.
- ✓ Informar de soluciones posibles para abordar estos cambios.

### MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica de bases de datos y publicaciones recientes.

### RESULTADOS

Existen cambios físicos: vagina algo más dilatada, músculos del suelo pélvico con menos tono, cérvix algo descendido, presencia de cicatrices en zona perineal o abdominal que pueden conllevar dispareunia. Algunos cambios corporales conllevan un cambio en la autoimagen y se necesita tiempo para reencontrarse con el propio cuerpo. Durante la lactancia encontramos elevadas la oxitocina y prolactina que hacen que la mujer tenga una concentración exclusiva en el bebé y que los canales del estrés sigan bloqueados (ya se bloquearon en el embarazo), los circuitos sexuales y de la emoción están bloqueados por el cuidado del niño. En la fase de crianza: sigue habiendo grandes cantidades de oxitocina y el estrógeno, testosterona y progesterona vuelven a ser cíclicos; esto conlleva un incremento en la función de los circuitos del estrés, la preocupación y los lazos emocionales; por tanto hay menos interés por el sexo y más preocupación por los niños. A esto se suma los cambios psicosociales derivados de los cambios de roles y búsqueda de la nueva identidad. Todos estos cambios conllevan una vivencia de la sexualidad diferente. Es más satisfactorio para ella un buen masaje, caricias, o dormir abrazada a su pareja sin ninguna exigencia, y pasar a otras prácticas sexuales sin prisa y movida por el deseo. El funcionamiento del deseo sexual es diferente en hombres que en mujeres (aparece en diferente lugar en el orden de prioridades a realizar en el día), una solución puede ser: sacar unos minutos al día para una mirada, una caricia, un beso, un susurro, despedirse con un beso al irse de casa y al volver... Cuando la pareja varón logra entender las necesidades de la mujer en este período, y “feminizar” la sexualidad, se suele enriquecer la relación con experiencias desconocidas anteriormente.

### CONCLUSIONES

La mujer, debido a todos los cambios que están ocurriendo a nivel físico y emocional, necesita confirmar que su pareja la ama y la desea, por lo que deben buscarse formas alternativas de expresarse amor y cariño como parte fundamental para contrarrestar el estrés que representa este período en su vida como pareja. Las relaciones sexuales no coitales se pueden reiniciar en cualquier momento y pueden ser una forma de acercamiento de la pareja. Los profesionales sanitarios debemos informar de los cambios que van a ocurrir en el postparto y ofrecer soluciones, de modo que nuestra próxima receta puede ser: dar mimos, abrazos, besos, miradas de complicidad, caricias...

## UTILIDAD Y SATISFACCIÓN DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN MATERNAL: UN INSTRUMENTO EVALUATIVO.

*AUTORES: Roser Carme Palau Costafreda; Ainara Martínez Isidoro; Sergio Gutiérrez Camblor; Engracia Coll Navarro.*

### INTRODUCCIÓN

Para garantizar a las madres y parejas la adquisición de conocimientos, estrategias y habilidades que preparen para afrontar los cambios físicos, emocionales y de estilos de vida, se ha implementado en distintas comunidades, sesiones de preparación a la maternidad, realizadas preferentemente por la matrona.

La preparación al nacimiento, se desarrolla de manera distinta, y se imparte por distintos profesionales según las comunidades o instituciones responsabilizados de dicha tarea.

En Cataluña, se ha elaborado un programa educativo destinado a la preparación de la madre y de su pareja ante la maternidad. Este programa, consta de una sesión preliminar, dos sobre embarazo, dos sobre el parto, una sobre el puerperio y dos sobre el recién nacido.

Para identificar si esta preparación al nacimiento resulta útil y satisfactoria a las mujeres y sus parejas en momentos como el parto, el puerperio o la lactancia es necesario realizar una evaluación posterior a dichas actividades.

Es por este motivo que se decide elaborar un instrumento evaluativo que dé respuesta a dicho grado de utilidad y satisfacción percibida por las propias mujeres.

### OBJETIVO

Proporcionar y dar a conocer a los profesionales de la salud del ámbito de la salud sexual y reproductiva, especialmente a las matronas, un instrumento que permita evaluar el grado de utilidad y satisfacción de las clases de educación maternal.

### MATERIAL Y MÉTODO

Para la realización de este documento e instrumento, se realiza un análisis de las experiencias y valoraciones de varios profesionales de la salud sexual y reproductiva.

Se realiza también, una amplia revisión bibliográfica incluyendo palabras clave como: educación maternal, atención primaria, educación para la salud y calidad de los cuidados.

### RESULTADOS

El proyecto se materializa en un instrumento formado por tres dimensiones:

- Perfil sociodemográfico.
- Grado de satisfacción.
- Utilidad percibida.

Estas dimensiones permiten evaluar los conocimientos y la experiencia personal de cada mujer y su pareja en relación con las clases impartidas de educación maternal. La experiencia personal de cada mujer, se ha limitado a las etapas de parto, puerperio y lactancia.

### CONCLUSIONES

Con la elaboración de este instrumento se pretende realizar una evaluación rigurosa y estandarizada de los programas de educación maternal incluidos en cada centro de atención primaria.

El instrumento quiere ser más que un trabajo, y pretende ser una herramienta para todos los profesionales de la salud sexual y reproductiva que se ocupan de la preparación a la maternidad.

### BIBLIOGRAFÍA

- Albizu, L.; Goñi, J.; Mejías A. Educación maternal y reconocimiento del inicio del parto. Anales Sis San Navarra 2000. Vol. 23: 337-347.
- Guillén, M.; Sánchez, JL.; Toscano, T.; Garrido, MI. Educación maternal en atención primaria. Eficacia, utilidad y satisfacción de las embarazadas. Atención Primaria 1999. Vol. 24, núm 2: 66-74.
- Muñoz, F.; Ortega, I.; Peláez, E.; Moreno, P. Factores asociados a la participación de la embarazada en las actividades de educación maternal en un centro de salud. Atención Primaria 1997. Vol. 20, núm 8: 440-3.
- Medina, MT.; González, A.; Podadera, A.; Villatoro, V.; Martín, E.; Lavado, C. ¿Cómo es la atención al embarazo según nuestras gestantes? Medicina de Familia 2000. Vol.1:37-40
- Generalitat de Catalunya. Departament de salut. Educación maternal: Preparación para el nacimiento. Barcelona. 2009. Edita Direcció General de Salut Pública.

## REFLEXOLOGÍA EN EL EMBARAZO

*AUTORES: M<sup>a</sup> Pilar Escanilla Samper, Leticia Morera Liáñez, Celia Navarro Gil, Aránzazu Bueno Peral , Pilar Sánchez Molina.*

### OBJETIVO

- ✓ Poder aplicar la reflexología como técnica de curación suave y no agresiva, para combatir las molestias propias del embarazo, como náuseas, vómitos, ardores por reflujo gastroesofágico,
- ✓ Mejorar el estado emocional, disminuir el estrés y los posibles miedos. Se trata de estimular al organismo para que obtenga la curación por él mismo.

### MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica de libros y artículos relacionados con la reflexología aplicada al embarazo. Para ello se ha revisado la Base de Datos Pubmed, Cochrane Library. Palabras clave: "reflexotherapy", "pregnancy", "labor"

### RESULTADOS

La reflexología no sólo puede utilizarse para tratar enfermedades y desarreglos del cuerpo, sino también para mantener una buena salud.

La reflexología se trata de una ciencia que reivindica que los pies contienen miles de terminaciones nerviosas y que cada órgano, función y parte del cuerpo tiene su punto reflejo en el pie. Actuando sobre estos puntos reflejos, se estimula a través de las vías nerviosas, la función del órgano o de la parte del cuerpo que se encuentre tensa, congestionada o dañada.

La reflexología:

- -acaba con las tensiones
- -ayuda al organismo a eliminar toxinas
- -disminuye el dolor
- -estimula al organismo a curarse por sí mismo
- -contribuye a la relajación
- -excelente forma de reducir el estrés y las cargas emocionales

El objetivo de terapias como la reflexología consiste en descubrir y eliminar la causa de la enfermedad y utilizar los métodos más naturales y menos agresivos para tratar a la persona de forma global.

Los reflexólogos entienden la salud como un estado vital dinámico que permite a las personas desarrollarse o adaptarse a una amplia gama de entornos y tensiones.

El embarazo es un estado fisiológico y una de las experiencias emocionales y físicas más asombrosas de la vida en el que se deben seguir una serie de consejos para que la evolución de este se realice de forma correcta y con resultados satisfactorios tanto para la madre como para el recién nacido.

Sin embargo, la reflexología es una terapia complementaria fiable y eficaz que puede utilizarse en el embarazo para aliviar todo tipo de incomodidades como las náuseas matutinas, ardor, reflujo gástrico, las hemorroides, el dolor de espalda y de piernas, entre otros.

La reflexología como técnica de curación suave y no agresiva nos puede ayudar a estimular el sistema inmunológico, desintoxica el organismo y produce una relajación total, lo cual es de gran importancia en el embarazo ya que cuando el cuerpo se encuentra en un estado de estrés y tensión suelen producirse las enfermedades.

Se trata por tanto, de ofrecer algunas técnicas fáciles de aprender y aplicar durante el embarazo para mejorar los síntomas propios del embarazo como son las náuseas, ardores, hemorroides, dolores de espalda así como para combatir el estrés y el miedo.

### CONCLUSIONES

La reflexología no sólo puede utilizarse para tratar enfermedades y desarreglos del cuerpo, sino también para mantener una buena salud.

Es una excelente manera de aliviar el estrés, puede ser muy beneficiosa para tratar muchos trastornos que afectan a la salud de la mujer durante el embarazo.

Con la ayuda de esta terapia natural, las mujeres pueden encontrar alivio tanto del malestar físico como del estrés que el embarazo pueda producir.

## VALORACIÓN DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA GESTANTE HOSPITALIZADA.

*AUTORAS: Esther Marco Villacampa, Ana Lagén Coscojuela, María Plumed Tejero, Laura Sola Artero, Marta Villacampa Alonso.*

### OBJETIVO

Identificar niveles de ansiedad y/o depresión en la gestante hospitalizada en la Unidad de Alto Riesgo del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS), así como su relación con la hospitalización y/o factores psicosociales.

### MATERIAL Y MÉTODO

El estudio ha sido llevado a cabo desde enero a abril de 2013. Se ha incluido en el estudio a las gestantes hospitalizadas en la Unidad de Alto Riesgo del HUMS. La recogida de información se ha llevado a cabo mediante la administración de un test para la valoración de ansiedad y depresión y un cuestionario sociodemográfico que la paciente ha realizado de forma voluntaria y anónima.

### RESULTADOS

La probabilidad de presentar depresión preparto es mayor en: mujeres que no tienen estudios universitarios, mujeres que presentan historia de episodios depresivos, mujeres que no tienen apoyo familiar, mayores de 35 años y en aquellas mujeres que presentan una patología orgánica previa.

### CONCLUSIONES

El estudio evidencia que la ansiedad y depresión son entidades poco frecuentes en las gestantes que ingresan en la Unidad de Alto Riesgo. El bajo apoyo familiar incrementa el riesgo de depresión preparto. La probabilidad de padecer depresión preparto aumenta en aquellas mujeres que no tienen un trabajo remunerado.



## IMPACTO DE LA EDAD MATERNA SOBRE EL PARTO EN EL AÑO 2012 EN EL HOSPITAL SAN AGUSTÍN (AVILÉS, ASTURIAS)

GARCIA MAZÓN M, SUÁREZ RODRÍGUEZ Y, ALDECOA ÁLVAREZ B.

### INTRODUCCIÓN

En los países desarrollados, la edad media de las gestantes se ha incrementado en las últimas décadas. En España la media de edad ha pasado del 25,78 años en 1985 a 29,43 en el 2012 (28). En nuestro hospital ha aumentado de 27,47 en 1989 hasta 31,84 en 2012.

Esta modificación de los patrones reproductivos es el resultado de factores sociales, educativos y económicos acontecidos en nuestra sociedad.

Se ha definido "edad materna avanzada" (EMA) como aquella igual o superior a 35 años (3600), sin embargo existe controversia, pues algunos estudios establecen el límite en los 40 años e incluso los 45 años.

Se ha asociado la edad materna avanzada con aumento del riesgo de abortos, anomalías cromosómicas y peores resultados obstétricos y neonatales.

Existe escasa referencia en gestantes de edad avanzada en la zona meridional europea, de ahí el interés de realizar nuestro estudio.

### OBJETIVO Y METODOLOGÍA

#### OBJETIVO

Analizar los resultados obstétricos y neonatales en mujeres de edad igual o superior a 35 años, en comparación con el resto de partos atendidos durante el año 2012 en el Hospital San Agustín de Avilés.

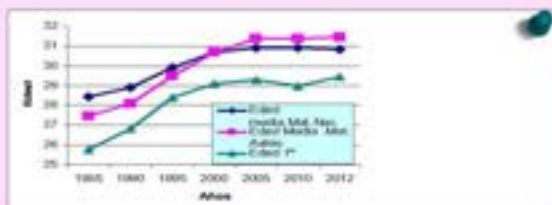
#### METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo y descriptivo realizado sobre un total de 1044 partos únicos y gemelares de más de 32 semanas. Para su asistencia se han seguido los protocolos de la SEGO.

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS 15, aplicando la prueba de Kolmogorov-Smirnov, el coeficiente de similitud de Pearson y el coeficiente de correlación Chi-cuadrado.

Se han analizado las siguientes variables:

- edad materna avanzada (EMA):  $\geq 35$  años en el momento del parto (3600).
- edad gestacional y parto.
- Índice de masa corporal (IMC) calculado siempre antes de la 18 semana.
- Antecedentes médico-quirúrgicos: HTA crónica, diabetes pregestacional, patología uterina (miomas, miomatosis, fibromas, etc), endometriosis y miorrelaxantes.
- Patología obstétrica: preeclampsia, diabetes gestacional y patología placentaria.
- Análisis del parto: tipo, tipo de parto, episiotomía, desgarros 3º-4º, anestesia epidural, tiempo de dilatación y expulsivo, indicación de cesárea y hemorragia posparto precoz.
- Acción neonatal: Apgar 1-5 minutos, peso e ingreso en neonatología.



### RESULTADOS

• El grupo EMA: 372 gestantes (34,9%), 70 mujeres  $\geq 40$  años (18,9%).

• edad media en el momento del parto: 32,2 (13-42).

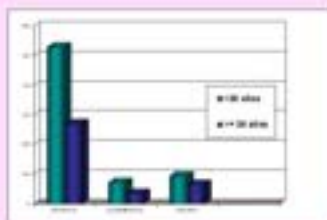
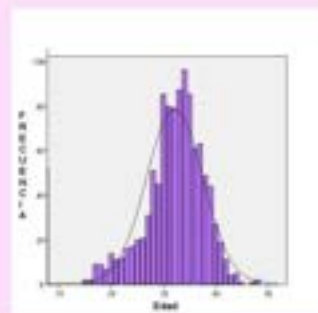
• Partos pretérminos: 4,2% gestantes  $< 35$  años, frente a un 6,2% en el grupo EMA.

• IMC: IMC medio: 24,5 (15,6-41,3), similar en ambos grupos.

• Patología médica y obstétrica más frecuente: uterina (miomas) y la diabetes gestacional.

• Cesárea anterior: 7,6% del total (8,6%  $< 35$  años-10% EMA).

• La principal indicación de cesárea fue la malposición fetal, igual en ambos grupos de edad.



• No se indicó ninguna cesárea por la edad.

• Incidencia de episiotomía: 36,6%, igual en ambos grupos de edad, realizándose en el 13% de las multiparas.

• Los tiempos de dilatación y expulsivo fueron similares en ambos grupos.

• La hemorragia posparto precoz fue del 2%, igual en ambos grupos.

• Acción neonatal: 100% al Apgar fue patológico en 0,8% al minuto y a los 5 en el 0,5%.

• El peso medio: 3015 g, 7,93% pesaron menos de 2500 g y 8,82% pesaron más de 4000g, sin diferencias por edad.

### DISCUSIÓN

El porcentaje de mujeres con diabetes gestacional fue el doble para el grupo EMA, independientemente de la paridad, aunque la diferencia no fue significativa. Se ha relacionado con el IMC y los desórdenes del metabolismo de hidratos de carbono asociados a la edad.

La preeclampsia también aumenta con la edad, aunque en nuestra población no encontramos diferencias al igual que otras publicaciones. Su etiología no está clara y con frecuencia se atribuye a diferencias de otros tipos de hipertensión.

La patología uterina se incrementa con la edad, siendo la presencia de miomas en la gestación un factor de riesgo para partos pretérminos, alteraciones placentarias y malposiciones.

Se observó un incremento no significativo de las cesáreas en las mujeres mayores del grupo EMA. Su principal indicación fue la malposición fetal sin diferencias entre ambos grupos, a pesar de ofertar versiones externas. La difusión del momento y la ansiedad de los profesionales ante mujeres EMA con historia de infertilidad contribuyen al incremento de esta intervención.

A pesar del incremento de episiotomías en mujeres de mayor edad, no hubo diferencias significativas.



Aunque la edad no influyó en los desgarros 3º-4º, se considera factor de riesgo más importante que el parto instrumental y que el peso del recién nacido.

Los tiempos de dilatación y expulsivo tampoco se vieron afectados por la edad, sin embargo la dilatación instrumental podría alterar estos tiempos, fundamentalmente al segundo estado del parto.

Las hemorragias posparto fueron muy escasas. Es un factor a tener en cuenta en la morbilidad materna asociada a la edad.

El Test de Apgar no se modificó con la edad, aunque hay estudios que asocian EMA con un incremento del Apgar patológico.

Como el grupo EMA está aumentando el bajo peso al nacimiento que se asocia con muerte/morbilidad neonatal, incluso cuando se controlan variables de confusión como el tabaquismo y las condiciones médicas preexistentes.

**CONCLUSIÓN:** Los resultados obstétricos y neonatales en nuestra población de estudio no muestran diferencias con la edad, lo cual puede deberse a los cuidados perinatales recibidos y a la buena salud de las gestantes a pesar de la edad. Debería revisarse la definición de edad materna avanzada y asesorar a estas mujeres.

	<35 años n=672	≥35 años n=372
Edad (años)	29,25 ± 0,38	31,84 ± 0,38
Paridad	Null	35,11 (5%)
	Mult	160,79 (43%)
Patología pregestiva (EM)	17,5 (2,6%)	40 (10,7%)
Pat. uterina (Pat.Úterina)	16,2 (2,4%)	33 (8,9%)
Inicio de parto	Spont	266 (71,5%)
	Inducido	106 (28,5%)
Tipo de parto	Vaginal	276 (74,2%)
	Cesárea	96 (25,8%)
Peso (kg)	<2500	300 (8%)
	>4000	327 (8,8%)
Ingreso en Neonatología	60 (8,3%)	34 (9,2%)

### AGRADECIMIENTOS

Un servicio de estadística y bioestadística, un personal sanitario del personal de enfermería, a personal de la biblioteca de Obstetricia y Ginecología.



### BIBLIOGRAFÍA

1. Johnson JA, Tough S. Delayed child bearing. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2012;34(1):65-66.
2. Jacobson B, Laifos K, Mison I. Advanced maternal age and extreme perinatal outcomes. *Obstet Gynecol*. 2004;104(7):121-123.
3. Homanani A, Karamzadeh A, Lumbani DR, Bayer DA, Diederich K, Betsworth MK. Advanced age is a risk factor for higher grade perineal lacerations during delivery in multiparous women. *Arch-Synthes Obstet*. 2010;28:55-56.



# ABORDAJE Y PREVENCIÓN DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA DESDE EL SERVICIO DE PARITORIO.

AUTORAS : VIÑERTA SERRANO ESTHER, ISAR MALÓ PILAR, MARTÍNEZ CARBALLO SOFÍA , SABATER ADÁN BELÉN, SANZ HERNÁNDEZ CARMEN.

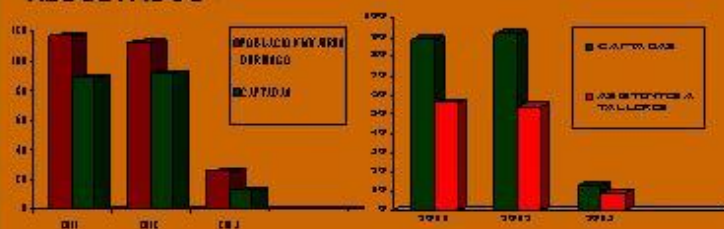


**INTRODUCCIÓN :** La Mutilación Genital Femenina ( MGF) incluye todas las prácticas que implican la extirpación total o parcial de los genitales externos femeninos u otras lesiones a los órganos genitales, ya sea por motivos culturales, religiosos , o por cualquier otra razón terapéutica (OMS).

**MATERIAL :** Recogida de datos en libro de partos.  
Registro en libro de MGF y aviso a Médicos del Mundo antes del alta hospitalaria.  
Entrega de documentación al mediador.  
Realización de talleres formativos en Médicos del Mundo.  
Registro de casos nuevos sobre MGF practicada en niñas.

**MÉTODO :** Estudio descriptivo realizado en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, Servicio de Paritorio entre febrero 2011 y marzo 2013, se incluyen mujeres con trabajo de parto activo o con indicación médica de inducción de parto o cesárea electiva, incluidas dentro de población de riesgo o con MGF practicada, independiente edad gestacional y paridad.

## RESULTADOS

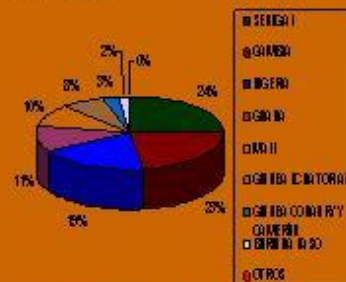


MUJERES CAPTADAS EN EL HOSPITAL

MUJERES QUE ASISTEN A TALLERES



PROCEDENCIA 2011



PROCEDENCIA 2012

## CONCLUSIONES

Se han registrado el 100 % de mujeres de procedencia de países de riesgo.

Se han captado el 69 % antes del alta hospitalaria.

Se ha entregado la documentación al 100 %.

Han asistido un 67.8 % de las mujeres captadas a los talleres formativos.

Se han practicado 0 % MGF en niñas .

El proyecto de mejora que estamos realizando es positivo y con unos resultados buenos en cuanto a todos los indicadores analizados.

Creemos en la necesidad de incorporar nuevos

profesionales matronas para cubrir todos los turnos de

trabajo , así como en involucrar a otros

profesionales sanitarios e impartir más formación en

materia de violencia de género con el fin de prevenir la MGF.:

## BIBLIOGRAFÍA :

KAPLAN ,A 2010. Mutilación genital femenina, manual para profesionales.



## FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO. DIFERENCIAS SEGÚN ORIGEN DE LAS GESTANTES EN UN CENTRO DE SALUD MULTICULTURAL

Dolores Salas Casas y Rosa Banús Giménez (matronas)

### OBJETIVO

Identificar factores de riesgo en el embarazo y relacionarlos con la procedencia de las gestantes a fin de diseñar estrategias de intervención específicas para cada colectivo.

### MATERIAL Y MÉTODO

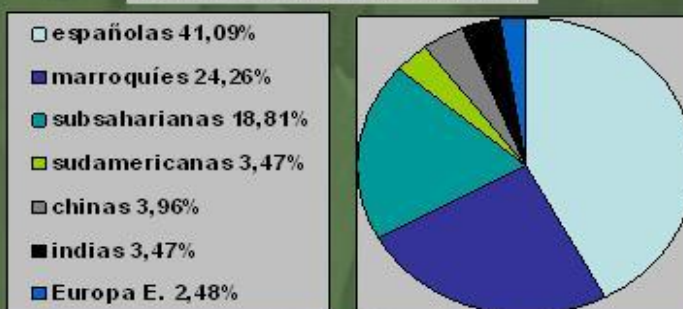
Registro de las 202 gestantes atendidas en el CAP El Remei de Vïc (Barcelona) con fecha probable de parto en 2011 y sus historias clínicas.

Estudio descriptivo transversal de los factores de riesgo recogidos en la historia clínica desde el inicio al final del embarazo. A la vista de los resultados hemos propuesto diversas hipótesis en relación a las necesidades de educación sanitaria de los diversos colectivos.

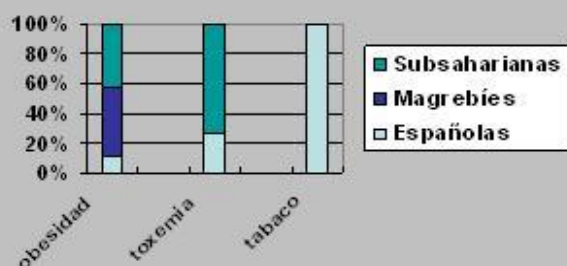
### RESULTADOS

No existen diferencias significativas entre los distintos colectivos en relación a los resultados perinatales (prematuridad o patología fetal). Destacan la mayor prevalencia de la obesidad entre las marroquíes y subsaharianas. Entre las mujeres españolas hay más tabaquismo y entre las subsaharianas destaca la toxemia. En cuanto a los resultados obstétricos, se observa un mayor número de cesáreas urgentes en mujeres extranjeras y programadas entre las españolas.

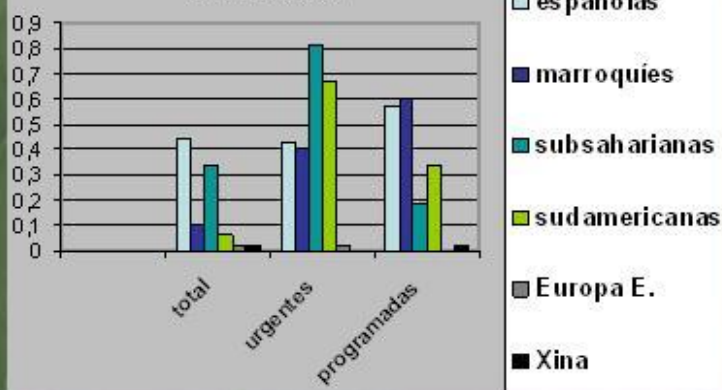
### DISTRIBUCIÓN POR ORIGEN



### FACTORES DE RIESGO



### CESÁREAS



### CONCLUSIONES

El estudio realizado, a modo de muestreo, ha permitido obtener una visión global de cuál es la realidad de las gestantes atendidas en nuestro centro. Las diferencias según procedencia geográfica son significativas y ponen de manifiesto las posibles carencias debidas al nivel socioeconómico bajo y la relación con la cultura de origen. Ante estos resultados nos planteamos hacer mayor hincapié en el consejo alimentario y antitabaco, dedicando más tiempo a conocer la dieta seguida por nuestras gestantes a fin de mejorar nuestras intervenciones educativas.

### BIBLIOGRAFÍA

- Direcció General de Salut Pública. *Protocol de Seguiment de l'embaràs a Catalunya*. 2ª ed. Revisada. Barcelona: 2005
- World Health Organization. *OMS prevención y tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia : resumen de las recomendaciones*. Ginebra: 2011
- Gargallo M, Basulto J, Breton I, Quiles J, Formiguera X, Salas-Salvado J. *Recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para el tratamiento y la prevención del sobrepeso y la obesidad en adultos*. Revista Española de Obesidad. 2011; 9 (supl. 1): 1-78

## ¿QUE OPINAN LOS PADRES DE LA LACTANCIA MATERNA?

Abriles: Fernández-González, Beatriz; Romano-Carbo, Eusebio; Díez-Soro, Lidia  
(1). Matrova. ASSIR Territorial Camp de Tarragona; (2). Matrova. Hospital Universitari Sant Joan de Reus.

### OBJETIVO:

Conocer las características socio demográficas, preferencias y actitudes de los padres en relación a la lactancia materna (LM).

### MATERIAL Y MÉTODO:

Se trata de un estudio descriptivo transversal. El instrumento de recogida de datos es un cuestionario autoadministrado de preguntas cerradas, entregado a las parejas de gestantes de más de 28 semanas. Se ha realizado un muestreo intencionado en la consulta de control de la gestación y en los grupos de educación maternal.

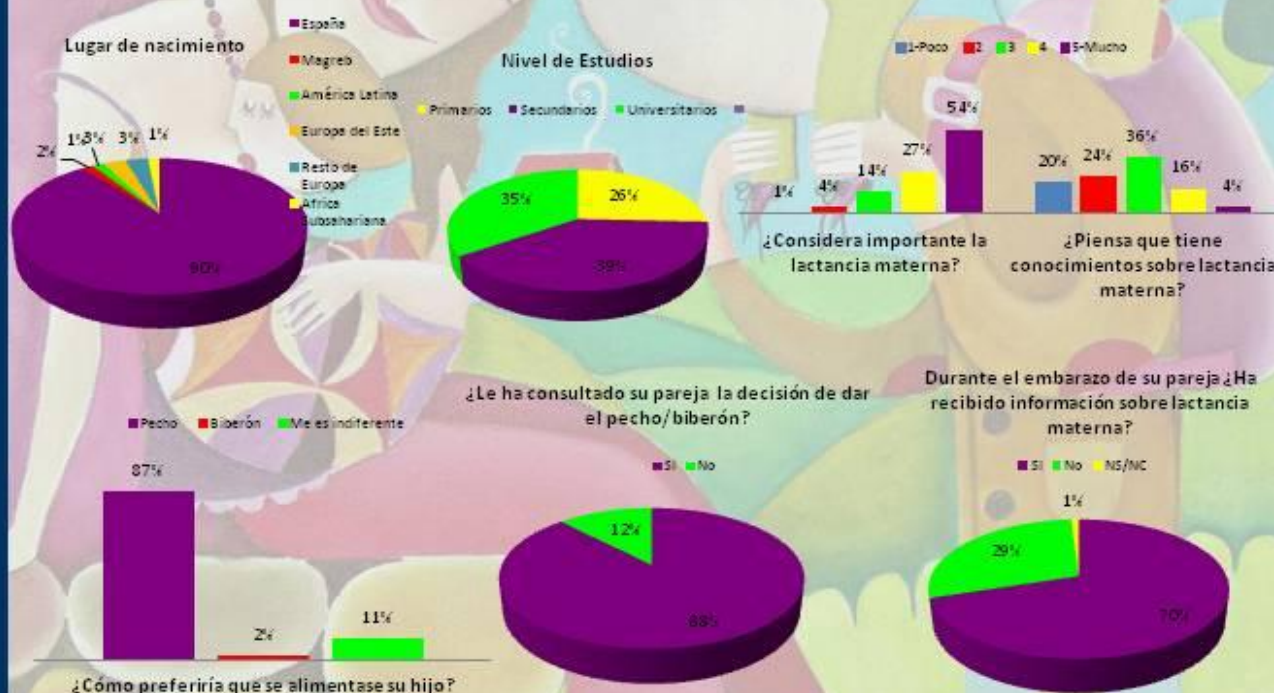
Para la explotación de los datos utilizamos el programa Excel.

### RESULTADOS:

Se han recogido 139 cuestionarios. La media de edad es de 33,9 años.

De los que ya son padres, el 70,5% dicen que sus hijos fueron alimentados de forma natural, y el 94% de estos percibieron la experiencia como agradable.

El 70% aseguran haber recibido información sobre LM durante el embarazo de su pareja y, sin embargo, en una escala de 1 a 5 (1 pocos, 5 muchos) en la que se les pregunta por los conocimientos que tienen sobre LM, el 44% puntúan sus conocimientos como 1-2, y sólo el 4% el 5. Cuando utilizando la misma escala, se les pregunta: "considera importante la LM", el 54% puntúan el 5. Al preguntarles como preferirían que se alimentase a su hijo, el 87% prefieren con pecho. El 83% refieren que su pareja les ha consultado la decisión de dar el pecho/biberón.



### CONCLUSIONES:

Parece ser que las actitudes de los padres sobre lactancia materna se forman ya antes del embarazo y si ellos desarrollan opiniones positivas al respecto están más predispuestos a apoyar los intentos de lactar de las madres.

La lactancia natural no es solamente una práctica derivada de una historia personal, de un entorno familiar o del momento concreto en que se produce la lactancia, sino también de influencias culturales y sociales es por ello que las mujeres necesitan apoyo y aliados en todo este proceso.

Muchos padres consideran que la decisión de lactar es exclusiva de la mujer, así como todo lo relacionado con el ciclo sexual y reproductivo femenino, incluyendo la crianza-cuidado de los hijos. Los resultados demuestran una mayoría de padres favorables a la LM, sin embargo llama la atención la referencia que hacen a tener pocos conocimientos sobre el tema.

Los padres deberían ser aliados de las mujeres desde el inicio de la gestación, a lo largo del parto y en el puerperio. Los programas de educación dirigidos a mujeres deberían ser diseñados para motivar y ayudar a sus parejas en el proceso de lactancia si así lo desean. En este estudio existe un porcentaje, nada despreciable, que admiten pocos conocimientos sobre lactancia.

La bibliografía refiere una actitud paterna imparcial sobre todo cuando existen falta de conocimientos sobre lactancia natural.

# ¿INFLUYE EL GRUPO DE PREPARACIÓN AL PARTO Y EL GRUPO DE CRIANZA EN LAS TASA DE LACTANCIA MATERNA?

XVI Congreso Nacional de Matronas

MP Dolores Vallés Pinto (Matrona), Blanca Jimena Sierra (Enfermera Pediatría), Encarna Sanz de Miguel (Matrona), Centro de Salud Santa Isabel, Sector I de Zaragoza

Organismos como la Asociación Española de Pediatría, la Organización Mundial de la Salud y la Academia Americana de Pediatría recomiendan la Lactancia Materna Exclusiva durante los seis primeros meses de vida del recién nacido y continuar con el amamantamiento junto con otros alimentos que complementen la alimentación hasta los dos años o más, mientras madre e hijo lo deseen. Sin embargo el cumplimiento de estas recomendaciones es escaso.

Estudios recientes apuntan hacia la preparación al parto como el factor más influyente sobre el mantenimiento en el tiempo o sobre el número de madres que inician la lactancia materna, pero pocos estudios hacen la asociación preparación al parto y grupo de crianza y valoran sus efectos sobre las tasas de lactancia materna a los seis meses de vida del recién nacido.

## OBJETIVO

Analizar si la asociación asistencia a grupo de preparación al parto y grupo de crianza, dentro de las actividades asistenciales realizadas por la matrona en Atención Primaria, de forma independiente, mejoran las tasas de lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida del recién nacido.

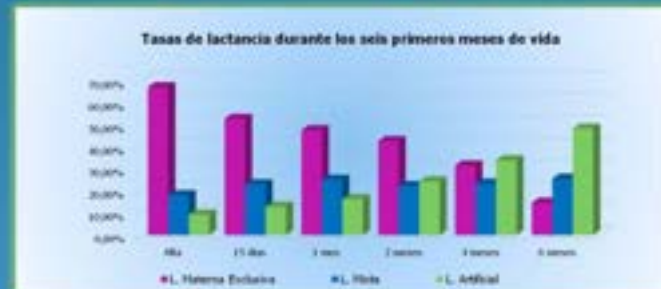
## MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza estudio descriptivo retrospectivo del total (n=373) de mujeres que acudieron a la consulta posparto de la matrona del Centro de Salud Santa Isabel durante el periodo enero 2010 a diciembre 2011. El Hospital de referencia a nuestro sector es el Hospital Miguel Servet de Zaragoza. Se hace una base de datos con el programa SPSS en su versión 11.5, se realiza un estudio descriptivo y estadístico.



© Servicio de Fotografía, Escuela de Matronas, Via Libre

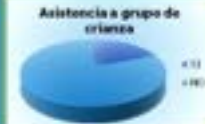
## RESULTADOS



Existe mayor prevalencia de lactancia materna en las madres que acudieron al grupo de crianza, siendo este resultado estadísticamente significativo (Test U-Mann-Whitney  $p < 0,01$ )



La asociación asistencia a grupo de preparación al parto y las tasas de lactancia materna no ha presentado significación estadística



## CONCLUSIONES

Más de la mitad de las mujeres inician lactancia materna exclusiva desde el alta hospitalaria (67,2%), aunque las dificultades surgen a la hora de mantenerla; las tasas de lactancia materna exclusiva disminuyen significativamente a los seis meses (14,7%). A la vista de los resultados se propone:

- Hacer una revisión de las sesiones de preparación al parto, en aspectos como: organización, difusión, cuestionarios de evaluación.
- Mejorar las políticas de fomento de lactancia materna desde el hospital.
- Fomentar la implicación de todos los profesionales del centro de salud en la promoción de la lactancia materna.
- Potenciar una mayor difusión del grupo de crianza desde la consulta de la matrona, consulta de pediatría y consulta de enfermería.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Datos demográficos 2006. Ayuntamiento de Zaragoza. Estadística.
- Recomendaciones sobre lactancia materna del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría 2010.
- Aparicio Rodrigo, M, Balaguer Santamaría, A. Con breves sesiones de educación sanitaria podemos aumentar las tasas de lactancia materna exclusiva. Evid Pediatr 2007;3:43.
- Fernández Varela, JM, Casado Figueras, R, Lamberto García, C, Perera Benquerrel, A. Influencia de los programas de preparación al parto en la elección y el mantenimiento de la lactancia materna. Matronas Profesion.

Nuestro agradecimiento por su colaboración a la pediatra: Virginia Gómez López



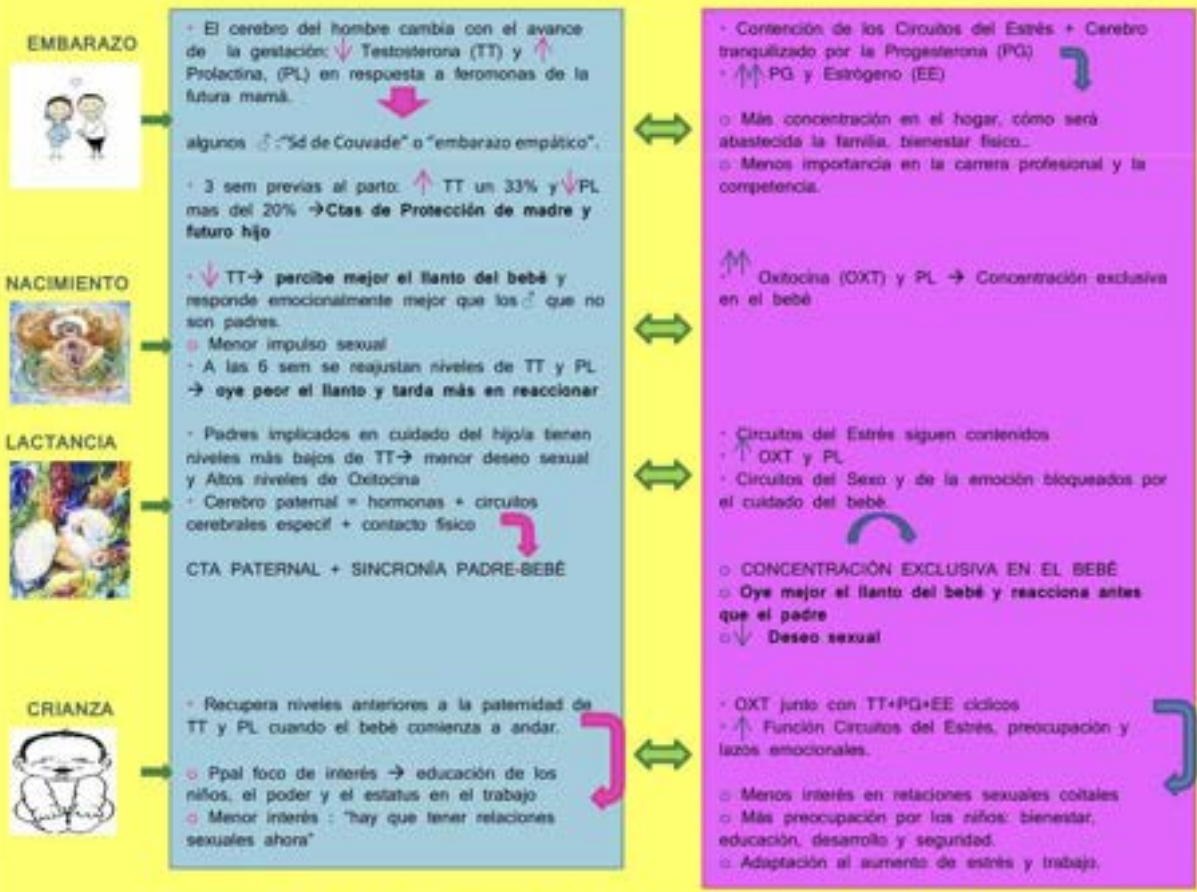
# ¿Por qué mamá oye mejor el llanto del bebé que papá?

Navarro Gil C, Sánchez Molina P, Bueno Peral A, Morera Lidñez L, Escanilla Samper P.  
 Matronas Hospital de Alta Resolución del Pirineo (HARP)

**INTRODUCCIÓN:** El llanto es un inductor universal de la atención, pero estimula de manera diferente los cerebros del padre y la madre. El cerebro del padre y el de la madre se activan en áreas similares al oír el llanto del bebé, pero el de la madre se activa más intensamente, por lo cual se siente obligada a interrumpir el llanto antes que el padre.

**OBJETIVO:**

- Ofrecer información de los cambios hormonales y cerebrales acontecidos en la mujer durante el embarazo y la crianza
- Ofrecer información sobre los cambios hormonales y cerebrales del hombre cuando su pareja está embarazada y en la crianza.
- Comprender por qué los hombres actúan de una manera y las mujeres de otra durante el embarazo y la crianza de sus hijos.



**CONCLUSIONES:** Al inicio de la paternidad, los circuitos del impulso sexual se atenúan debido a los menores niveles de testosterona, los niveles auditivos se agudizan para oír el llanto de los bebés, y se desarrolla la sincronía padre-bebé. Aunque el cerebro de la madre está más alerta desde el primer día, el cerebro del padre puede alcanzar ese mismo nivel.

## CRIBADO DEL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO: ANEUPLOIDIAS Y EDAD MATERNA

Autores: Araceli Mombiela Guillén, M<sup>a</sup> Isabel Llovet Lombarte(\*) . Comadrona ASSIR Terres del'Ebre (\*). Facultativo especialista. Laboratorio de Análisis Clínicos. Hospital de Tortosa Verge de la Cinta

**OBJETIVO:** Analizar la edad de la gestante que presenta una aneuploidia cromosómica a partir de los resultados del cribado prenatal de primer trimestre.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio retrospectivo en el que se analizaron 3287 gestantes a las cuales se les realizó el cribado combinado de cromosopatías del primer trimestre entre octubre de 2009 y mayo de 2012, en el Hospital de Tortosa Verge de La Cinta. Se aplicó la modalidad del test combinado en dos pasos, la extracción sanguínea se realizó entre la semana 9 y 14 a partir de la cual se determinaron los parámetros bioquímicos fβhCG y PAPP-A y la ecografía entre la semana 11 y 14 de gestación valorándose la translucencia nucal y la longitud cráneo caudal. En la consulta de la comadrona se recogieron los datos epidemiológicos de las gestantes que pueden afectar al cálculo del riesgo como la edad, peso, hábito tabáquico, etnia, diabetes y características del embarazo (fecundación artificial y/o embarazo múltiple). En caso de riesgo elevado (>1/250) se realizó una biopsia de las vellosidades coriónicas o amniocentesis precoz, para obtener el cariotipo.

**RESULTADOS:** Del total de 3287 gestantes estudiadas, 84 (2.55%) mostraron un riesgo elevado para Síndrome de Down y/o Síndrome de Edwards. En total se diagnosticaron 5 Síndromes de Down (SD), 2 de Edwards (SE), 1 de Patau (SP) y 1 Klinefelter (SK). En todo este periodo, se produjo 1 caso de falso negativo (Patau) diagnosticado a partir de las alteraciones ecográficas. La edad media de las gestantes fue de 30,7 años y el rango de oscilación entre 13 a 49,4 años. De todas ellas, 664 (20,3%) eran mayores de 35 años y 2623 (79,7%) menores. Las 84 gestantes que presentaron un riesgo alto en la prueba de cribado tenían una media de edad de 36,5 años (rango 23.1-49.3), 49 (59,5%) eran mayores de 35 años y las 35 restantes (40,5%) menores de esta edad. El resumen del análisis de la edad de las pacientes que presentaron fetos con alteraciones cromosómicas se muestra en la tabla 1. En la tabla 2 se refleja la edad exacta y las características bioquímicas y ecográficas de todas las madres portadoras de un feto con una cromosomopatía.

Alteración	n	Media Edad (años)	Menores 35 años	Mayores 35 años
Sd. Down	5	37,7	2	3
Sd. Edwards	2	37,2		2
Sd. Patau	2	35,6	1	1
Klinefelter	1	43,3		1

Cromosomopatía	Edad (años)	MoM TN	MoM PAPP-A	MoM fβhCG
SD-1	42,8	1,24	0,36	1,47
SD-2	38,8	0,68	0,34	3,29
SD-3	38,5	1,55	0,35	2,69
SD-4	34,9	2,10	0,76	1,92
SD-5	33,8	1,39	0,26	1,57
SE-1	39,2	1,34	0,12	0,30
SE-2	35,2	6,91	0,14	0,54
SP-1	39,7	3,01	0,33	0,16
SP-2	29,5	0,91	0,18	0,67
SK	43,3	1,70	0,46	1,12

### CONCLUSIONES:

- La edad media de las pacientes estudiadas fue superior a los 30 años lo cual coincide con la tendencia del retraso de la maternidad en la sociedad actual.
- El incremento del riesgo por la edad materna se hace patente en este grupo de gestantes, pues observamos como las embarazadas portadoras de un feto con trisomía o aneuploidia tienen una edad más alta, superior a 35 años, que la de la media de todo el grupo estudiado.
- Además de las 7 trisomías, se detectó un caso de síndrome Patau y otro de Klinefelter. Esto pone de manifiesto la utilidad del test combinado de primer trimestre para la detección de alteraciones cromosómicas distintas a las trisomías de los cromosomas 21 y 18.

# EFFECTOS COLATERALES DE LA ANALGESIA EPIDURAL: AUMENTO DEL RIESGO DE DISTOCIA Y PARTO INSTRUMENTAL

**INTRODUCCIÓN:** La Analgesia Epidural es un método efectivo que proporciona un alivio del dolor durante el parto de una calidad superior a la de otras analgesias sistémicas.

Además presenta beneficios en algunas indicaciones obstétricas como las distocias dinámicas, malposiciones fetales, partos onstrumentales, partos múltiples, cesárea anterior o partos inducidos.

Tras las revisiones sistemáticas realizadas sobre la Analgesia Epidural sepuede afirmar que se asocia (aunque no con una relación causal, ni necesariamente esto implicaría un riesgo) con los siguientes efectos colaterales:

Alarga el periodo de expulsivo, aumenta la frecuencia del retraso en la rotación fetal, aumento de la tasa de partos instrumentales vaginales, disminución de la sensación de puko o aumento de la necesidad del uso de Oxitocina.



## MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realiza revision bibliografica sobre las bases de datos PUBMED, CUIDEN , COCHRANE LIBRARY y de las recomendaciones de sociedades científicas como la SEGO o de la Estrategia de atención al parto normal.

Además se realiza un Estudio Observacional Retrospectivo sobre un total de 1822 mujeres que dieron a luz a un recién nacido vivo en el Hospital de Cabueñes, Gijón (Asturias), de los cuales 1683 fueron partos vaginales entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre del 2012; con un total de 1202 partos Eutócicos y 670 Distócicos, entre ellos 470 fueron Partos Instrumentales y 200 Cesáreas.

Para el análisis de los datos se utiliza el programa informático EPIDAT y SPSS.

**OBJETIVO:** Establecer y analizar la posible influencia de la Analgesia Epidural durante el trabajo de parto y su asociación con algunos efectos adversos obstétricos que incluyen un aumento del riesgo de parto instrumental

## RESULTADOS:

Tras el análisis de los datos recogidos podemos comprobar que un 65,5% de las mujeres con parto vaginal eligieron la Analgesia Epidural como método de alivio del dolor (1103) frente a un 34,4% que no utilizó este tipo de procedimiento (580).

Un 61,8% de las mujeres que eligieron la Analgesia Epidural (1103) consiguieron un parto Eutócico, frente al 37,17% que finalizaron su etapa de expulsivo con un parto distocio instrumental (410).

Entre las 580 mujeres que no obtuvieron este método analgésico el 89,6% fueron partos Eutócicos (520) y el 10,34% acabaron en parto instrumental (60).

ANALGESIA EPIDURAL SI



ANALGESIA EPIDURAL NO



METODO ELEGIDO PARA EL ALIVIO DEL DOLOR



## CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN:

El estudio de las variables, sin tener en cuenta factores de confusión, indican que la asociación de ambas es significativa, ya que tras una tabla de contingencia de 2x2 simple encontraríamos que la prevalencia de partos distócicos en mujeres expuestas a la Analgesia Epidural sería de un 45,08% frente a una prevalencia del 10,34% de partos distócicos en mujeres no expuestas a este método analgésico.

La prevalencia de A.Epidural en partos Distócicos en este estudio es de un 90,32% y en Eutócicos un 56,7%.

Por lo tanto podemos obtener una OR de 7,11 en un intervalo de confianza de Woolf entre 5,32 y 9,50; traduciéndolo en que la asociación de ambas variables es muy significativa, teniendo en cuenta que la exposición a la analgesia epidural podría multiplicar por 7 el riesgo de parto distócico.



## Analgesia epidural e integridad del periné

Vázquez Bautista M.<sup>1</sup>, Chapín Segura E.<sup>1</sup>, Gómez Perea M.<sup>1</sup>, Martínez Almarcha F.<sup>2</sup>

1. Residentes del Hospital Vega Baja de Orihuela.  
2. Matrona del Hospital Vega Baja de Orihuela

### Introducción

La analgesia epidural es el recurso más usado en obstetricia como alivio del dolor, aunque se le atribuye una posible influencia en diversos aspectos de la evolución y finalización del parto que siguen siendo controvertidos. En la actualidad se tiende a reducir el número de episiotomías y conseguir que los partos vaginales finalicen con el menos trauma posible en el periné.

### Objetivos

Analizar la influencia de la analgesia epidural (AE) en la integridad del periné durante los partos vaginales.



### Material y Método

Estudio de cohorte retrospectivo donde se revisaron 1436 nacimientos acontecidos desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del 2012.

En el grupo estudiado se incluyeron sólo los partos vaginales que representan el 79,6% del total (n= 1144), de los cuales un 85,8% (n=982) fueron eutócicos y un 14,2% se instrumentó(n=162). La variable independiente fue la analgesia epidural y las variables dependientes fueron los tipos de parto vaginal (eutócico e instrumentales), las episiotomías y desgarros.

### Resultados:

- El total de partos vaginales sin episiotomía (eutócicos + instrumentados) fue de 694, el 39% bajo AE y de ellos un 75 % sufrieron desgarros. En el 61% de los casos que no se recurrió a la AE, el porcentaje de desgarros fue del 62 %. (IC =95 %); RR=1,49; OR=1,87; p=0,0006.
- De los partos eutócicos sin episiotomía, que fueron 670 y supusieron un 68,2 % de los eutócicos, se administró AE en el 38 % de los casos; el 74,8% sufrieron desgarro de algún tipo (73,1 % fue de primer grado). En el 62% que no llevó AE, el porcentaje de desgarros fue de un 62,2% (74% fue de primer grado). (IC 95%); RR=1,46; OR=1,79 y p=0,001.
- En los partos instrumentados sin episiotomía, que fueron 24 y supusieron un 14,8 % de los instrumentados, se administró AE en el 70,8 % de los casos; el 82,3% sufrieron desgarros. Sin AE, 29,2 % de casos, el porcentaje de desgarros fue del 57 %. (IC=95%); RR=1,56; OR=3,5 y p= 0,21.
- Los partos vaginales que finalizaron con integridad del periné fueron el 20%, el 29% bajo AE. Por el contrario, aquellos que finalizaron con lesiones perineales, se recurrió a la AE en el 55% de los casos. (IC=95%); RR=1,87; OR=2,91 y p<0,0001.



### Conclusiones

- 1-Considerando en su conjunto los partos vaginales sin episiotomía, aquellos que se desarrollaron con AE presentaron de forma significativa mayor incidencia de desgarros.
- 2-En los partos eutócicos sin episiotomía, cuando se administró AE la incidencia de desgarros fue significativamente mayor. La lesión más frecuente fue el desgarro de primer grado.
- 3-Referente a los partos instrumentados sin episiotomía, el reducido tamaño de la muestra hace que los resultados carezcan de significación estadística. No obstante el RR y el OR indican que existe un mayor riesgo de desgarros en los partos con AE.
- 4-En más del 70% de los partos que finalizaron con el periné íntegro no se administró AE. El uso de la AE durante el parto vaginal se asocia significativamente a la pérdida de la integridad del periné.

### Bibliografía

- J. Fernández-Guisasola, G. Rodríguez Caravaca, M<sup>o</sup>L. Serrano Rodríguez, T. Delgado González, S. García del Valle, J.I. Gómez-Arnauc. "Analgesia epidural obstétrica: relación con diversas variables obstétricas y con la evolución del parto". Rev. Esp. Anestesiol. Reanim. 2004; 51: 121-127.
- Newman MG et al. "The effect of epidural analgesia on rate of episiotomy use and episiotomy extension in an inner-city hospital". Jmatern Fetal Med. 2001 Apr; 10(2):97-101.
- Walker, M P R MD; Farine, D MD; Rolbin, S H MD; Ritchie, J W K. "Epidural Anesthesia, Episiotomy and Obstetric Laceration". Obstetrics & Gynecology. May 1991. Vol 2, n<sup>o</sup>4. pag 9-14.

## ¿COMO PLANIFICAN LAS MUJERES TRAS EL PARTO?

Autoras: Romano-Carbo, Eusebia, Fernandez-Gonzalez, Beatrix, Marci-Jardi, Gemma, Matosa, ASSIR Territorial Camp de Tarragona.

### OBJETIVOS:

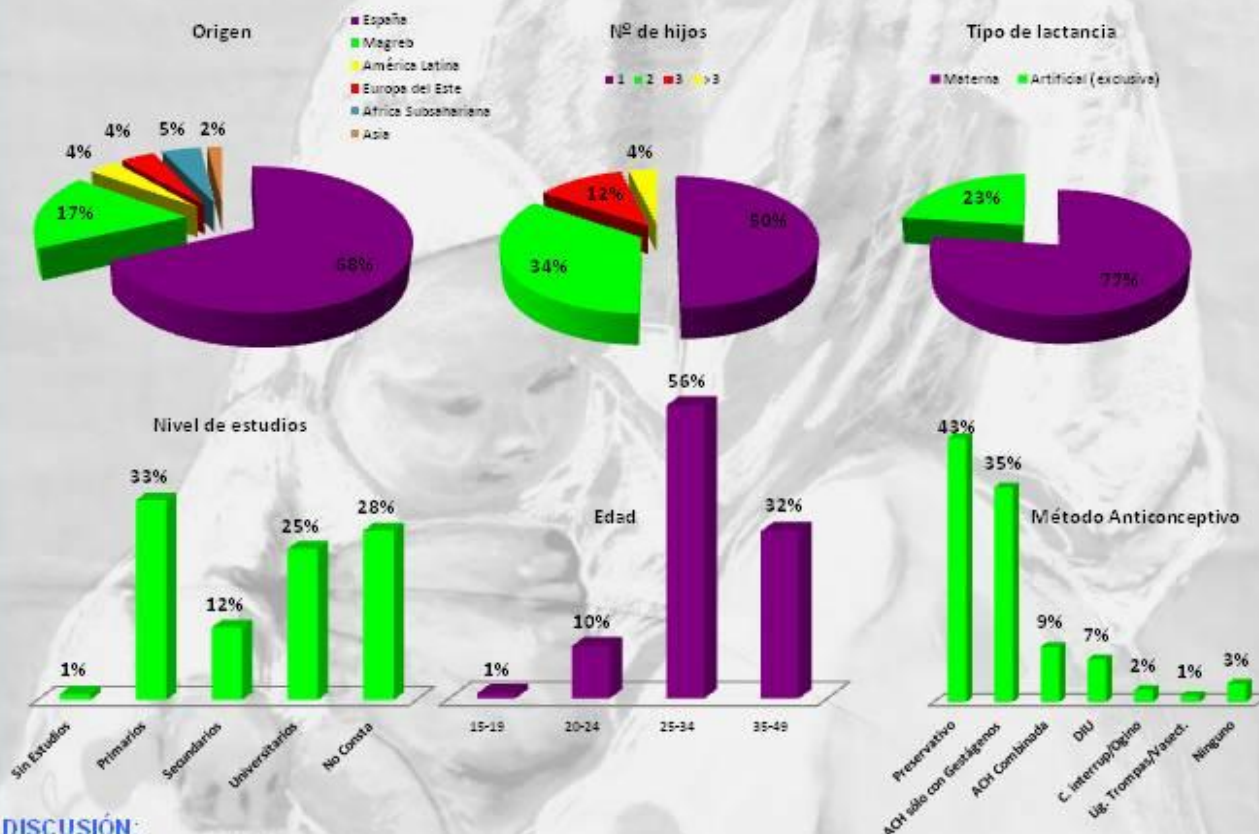
Conocer los métodos anticonceptivos elegidos por las mujeres en el puerperio.  
Identificar las características socio demográficas de estas mujeres.

### MÉTODO:

Se trata de un estudio descriptivo transversal. El instrumento de recogida de datos es un cuestionario de preguntas cerradas, recogido en la visita de las 6 semanas postparto. Se ha realizado un muestreo intencionado. Para la explotación de los datos utilizamos el programa Excel.

### RESULTADOS:

La muestra estudiada es de 162 mujeres que han parido en el último año. La comunidad más representada es la española: 68%, seguida de la magrebi: 17%, la edad más prevalente: 25-34 años, la mayoría, el 56%, tiene 1 hijo y el nivel de estudios más frecuente con un 33% es el primario. El método anticonceptivo más escogido/demandado es el preservativo: 43%, seguido de la anticoncepción hormonal sólo con gestágenos: 35%. El 77% realiza lactancia materna.



### DISCUSIÓN:

#### La Anticoncepción en el postparto:

- ✓ Está definida por las condiciones particulares ligadas a la lactancia. También es un periodo transitorio, normalmente hay una disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales, entre otras cosas debido a los cambios físicos y hormonales, así como al estado psicológico de la madre, centrada especialmente en el cuidado del recién nacido.
- ✓ Es importante prevenir los embarazos no deseados y los periodos intergenésicos inferiores a un año, puesto que aumenta notablemente los resultados negativos para la salud materno-fetal.
- ✓ Es un buen momento para iniciar la anticoncepción porque las mujeres acceden al sistema de salud y ello puede aumentar la motivación para evitar otro embarazo.
- ✓ La educación sanitaria debe centrarse en la gama de opciones anticonceptivas, y la seguridad de la mayoría de estos métodos durante este periodo.
- ✓ Se estima que a los 2 meses del postparto, el 62% de las mujeres han iniciado las RR SS.





## IDENTIFICACION DE LA PAMG-1 EN LA PREDICCIÓN DEL TIEMPO PARA EL PARTO EN PACIENTES PRETERMINO CON TRABAJO DE PARTO

GARCÍA CUADRADO, MORA, MAQUEDA MORENO, RAQUEL, PALLARES, JIMENEZ, NOLLA Matronas de la Fundación Jiménez Díaz

### Justificación:

El parto pretermino es la principal causa de morbilidad perinatal en los países desarrollados. La tasa de partos pretermino está incrementando en la mayoría de los países desarrollados. La identificación eficaz de pacientes con riesgo de parto pretermino y de pacientes sin riesgo, continúa siendo uno de los retos más importantes en el diagnóstico de la práctica obstétrica.

Gracias a una eficaz identificación de pacientes con riesgo de parto durante la semana siguiente al diagnóstico, se pueden emplear medidas preventivas como la administración de corticosteroides que se asocia a una reducción de la morbilidad en pacientes de parto pretermino.

Menos de 1 de cada 10 mujeres diagnosticadas clínicamente de parto pretermino, finaliza la gestación en los siguientes 7 días.

### Objetivos:

-Identificación de gestantes entre 20-36 semanas con riesgo de parto en los próximos 7-14 días al diagnóstico.

### Materia y Método:

**MATERIAL:** Se realizó búsqueda bibliográfica en bases de datos (pubmed, cochrane...), utilizando palabras clave Parto pretermino, PAMG-1.

**MÉTODO:** Detección de la presencia de alta 1 microglobulina placentaria (PAMG-1), una proteína encontrada en muy altas concentraciones en el líquido amniótico y en muy bajas concentraciones en el flujo vaginal normal.

### RESULTADOS:

El rendimiento clínico de la detección de PAMG-1 en la predicción del tiempo para el parto pretermino en pacientes con trabajo de parto ha sido determinado en un estudio observacional prospectivo.

Muestra realizada en 5 pacientes de edad gestacional entre 20 y 36/37 semanas con:  
- Signos y síntomas que sugieran inicio de trabajo de parto pretermino  
- Membranas intactas.  
- Dilatación cervical menor o igual a 3 cm

Muestra n= 5	Presencia de PAMG-1	de Parto en menos de 7 días	o Parto en menos de 14 días
N 1	+	no	no
N 2	+	si	-
N3	+	no	si
N4	-	no	si
N5	+	no	no

-1 de cada 4 pacientes con detección de PAMG-1 no darán a luz en los siguientes 7 días.  
-2 de cada 5 pacientes con detección de PAMG-1 darán un parto prematuro disminuyendo así la morbilidad materna y fetal.

Aproximadamente en un 80% de las mujeres con síntomas de parto pretermino y membranas intactas se detecta PAMG-1

### Limitaciones del estudio:

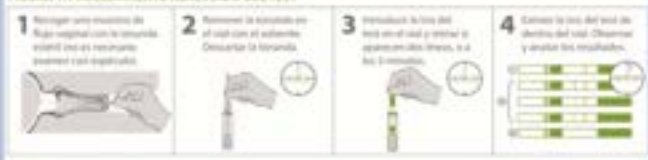
Se necesita un tamaño muestral mayor para poder detectar sensibilidad, especificidad, valor predictivo negativo y valor predictivo positivo y poder extrapolar los resultados. Estos resultados se deben usar combinados con información clínica.

### PAMG-1 Y APP:

PAMG-1 es una proteína encontrada en muy altas concentraciones en líquido amniótico y en muy bajas concentraciones en flujo vaginal normal. Estudios recientes han demostrado que hay una fuerte correlación entre el positivo de un test de PAMG-1 y un parto inminente en el las pacientes que presentan amenaza de trabajo de parto pretermino y membranas clínicamente intactas.

Lee, Romero et al postularon dos posibles explicaciones:  
-Trasudación de PAMG-1 a través de poros constrictivos en las membranas durante las contracciones uterinas.

FIGURA 1. PROCEDIMIENTO ABREVIADO DEL TEST



### Método diagnóstico y rendimiento:

La detección de la PAMG-1 está indicada en gestantes con edad gestacional entre 20 y 36sg con signos, síntomas o molestias que sugieran app y membranas intactas.

La evaluación de la longitud endocervical para predecir el parto con pacientes con sospecha de trabajo de parto pretermino ha demostrado ser superior al examen digital y a la presencia de funneling en la predicción del parto. La ecografía transvaginal adolece de subjetividad en el discernimiento de la longitud cervical. La detección de la PAMG-1 tiene unos altos valores de predicción tanto positivos como negativos.

### Conclusiones:

La identificación de gestaciones de riesgo de parto entre los 7 y los 14 días, permite realizar un diagnóstico acierto de tocolisis y maduración pulmonar mediante corticoides, reduciendo la morbilidad materna-fetal, evitando a su vez tratamientos e ingresos hospitalarios innecesarios rentabilizando los costes económicos y mejorando así la gestión sanitaria.

### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2010). Preterm labor and delivery. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists.

2. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2010). Preterm labor and delivery. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists.

3. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2010). Preterm labor and delivery. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists.

4. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2010). Preterm labor and delivery. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists.

5. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2010). Preterm labor and delivery. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists.

## IMPORTANCIA DE LA TONIFICACIÓN DEL SUELO PÉLVICO EN LA INCONTINENCIA URINARIA, CALIDAD DE VIDA Y SEXUALIDAD FEMENINA

### ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

La incontinencia urinaria (IU) de esfuerzo es un problema común en las mujeres adultas de todas las edades que origina un problema social o higiénico y puede conducir a una deficiente percepción de la calidad de vida y de la función sexual. Sólo entre el 15 y 40 % de las mujeres que la sufren buscan ayuda profesional por lo que es un problema infradiagnosticado.

Desde la introducción de los ejercicios de Kegel en 1948, la eficacia de los ejercicios de tonificación del suelo pélvico (SP) en el tratamiento de la IU de esfuerzo y la mixta ha sido apoyado por numerosos estudios demostrando tener un efecto positivo en la percepción de la calidad de vida.

Datos limitados sugieren que la realización de ejercicios de SP, aumenta la excitación sexual y el placer orgásmico en algunas mujeres, con o sin IU.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio piloto de un ensayo cuasi-experimental. Las mujeres fueron captadas a través de la consulta de la matrona cuando acudían a realizarse citologías.

**1ª VISITA: PRE-PROGRAMA:** Explicación anatomía pélvica + toma de conciencia. Testing digital (escala Brink). Se pasaron cuestionarios validados para calidad de vida (I-QOL+ICIQ-SF) y función sexual (PISQ)+ diario miccional. Explicación programa de ejercicios.

**2ª VISITA: POST-PROGRAMA:** Testing digital. Realización de I-QOL, ICIQ-SF+PISQ. Se entrega diario para elaborarlo durante 1 semana.

### OBJETIVO

Comprobar que mediante un entrenamiento progresivo del SP las mujeres con IU de esfuerzo pueden mejorar, e incluso curar su IU así como mejorar su calidad de vida y función sexual

### CONCLUSIONES/ DISCUSIÓN

El estudio permite inferir que tras la realización de un entrenamiento progresivo del SP aumenta la fortaleza muscular del mismo disminuyendo el número de pérdidas urinarias por esfuerzo, incluso eliminándolas por completo, en casos de IU de estrés leve-moderada lo cual interfiere de manera positiva en la calidad de vida y en la función sexual de estas mujeres. Se trata de un estudio piloto que debido a los excelentes resultados obtenidos, a pesar del pequeño tamaño de la muestra, servirá de base para el desarrollo de futuros estudios a mayor escala

### RESULTADOS

	INICIAL MEDIA±DP	IFINAL MEDIA±DP	W P-VALOR
ICIQ-SF	11,38 ± 2,774	4,25 ± 4,862	0,012
I-QOL	50,13 ± 11,66	28,88 ± 5,890	0,012
PÉRDIDA	6,13 ± 2,416	0,88 ± 1,126	0,012
BRINK	6,25 ± 2,188	9 ± 2,070	0,011
PISQ	103 ± 9,967	107,57 ± 7,72	0,042

	ICIQ-SF PRE	ICIQ-SF POST	IQOL PRE	IQOL POST	PÉRD. PRE	PÉRD. POST	BRINK PRE	BRINK POST	PISQ PRE	PISQ POST
N.VÁLID	8	8	8	8	8	8	8	8	7	7
N. PÉRD	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
MEDIA	11,38	4,25	50,13	28,88	6,13	0,88	6,25	9,00	103	107,57
D.TÍPICA	2,744	4,862	11,667	5,890	2,416	1,126	2,188	2,070	9,967	7,721
MÍNIMO	8	0	34	24	2	0	3	5	86	97
MÁXIMO	15	11	70	41	9	3	9	11	114	118

# ASISTENCIA A MACROSOMAS

Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat

Diener Rico, Leire; Cevallos Correa, Jaquelin; Ponce Molina, Pilar;  
 Jové Ortega, Eva; Reus Calvo, Elena.

## Introducción

Un neonato es macrosómico cuando presenta en el nacimiento un peso igual o superior a 4000g con independencia de la edad de gestación, o que presenta durante su etapa fetal un crecimiento por encima del percentil 90.

La importancia de la macrosomía está en relación con las complicaciones que se pueden desencadenar en el parto, tanto maternas como fetales.



## Metodología

Estudio descriptivo retrospectivo de 104 nacidos mayores de 4000g de peso ocurridos en nuestro centro durante el año 2012.

## Objetivo general

Revisar los resultados obstétricos y perinatales en macrosomías nacidos en el Parc Sanitari Sant Joan de Déu durante el año 2012.

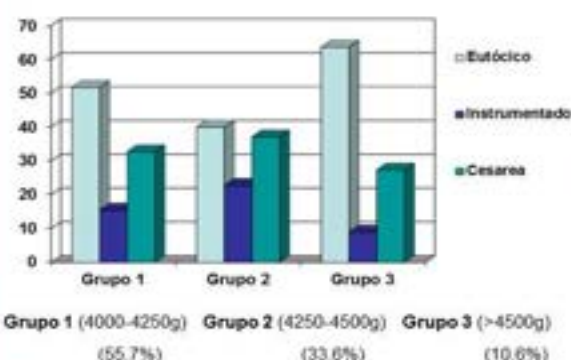
## Objetivos específicos

- Conocer la incidencia de macrosomías en nuestro centro.
- Conocer el tipo de parto, presencia de distocia de hombros y resultados de Apgar en estos neonatos.

## Resultados

- Durante el año 2012 hemos asistido un total de 104 macrosomías, lo que representa un **6.60%** del total (1574 nacidos vivos/año).
- Distribución por sexos: 65 (62.5%) eran niños y 39 (37.5%) niñas. El mayor peso corresponde a 5140g.
- En nuestra muestra no hay ninguna madre afectada de diabetes gestacional y sólo un caso de intolerancia a los Hidratos de Carbono.
- Se produjeron 5 distocias de hombros, sólo una de las cuales se calificó de grave.
- Un 30 % de madres eran de origen magrebí.
- Respecto al test de Apgar, 4 casos presentaron un resultado < 7 al minuto (uno fue < 4) y sólo un resultado con un Apgar < 7 a los 5 minutos.

### Tipo de parto



### Indicaciones de cesáreas



## Conclusiones

En nuestra muestra, la mayoría de macrosomías tuvieron un parto vaginal, aunque con una mayor proporción de cesáreas respecto a la población general, sin presentar complicaciones diferentes al total de nacimientos.

De acuerdo con la literatura, en nuestro centro, sólo se indica cesárea electiva en casos de cesárea anterior y sospecha de macrosomía o en la diabetes gestacional con sospecha de macrosomía.

La sospecha clínica o ecográfica de macrosomía es claramente efectiva en los fetos de los grupos B y C (> 4250) pero no en el resto, por lo que se debe dar opción a un parto vaginal.

Una de las complicaciones de la diabetes gestacional mal controlada es la macrosomía fetal. En nuestro centro y durante el año estudiado, no se ha encontrado ningún hijo de madre diabética afecto de macrosomía, por lo que se podría decir que estas gestantes afectas de diabetes, tienen un buen control metabólico.

## Bibliografía

- Gonzalez-Merlo J, Leilla JM, Fabre E, Gonzalez E. Obstetricia 5ª ed. Barcelona: Masson; 2005.  
 Cabero L, Baldirar D, Cabrito E. Obstetricia y medicina materno-fetal. Médica Panamericana; 2007.  
 Cunningham G, Mac Donald P, Gant N. Williams Obstetricia Panamericana; 1998.

## Autoestima materna y elección del tipo de lactancia

**AUTORAS:** Bertran Gumà, Xènia; Fernández Olmedo, Silvia; Molina Vañó, M. Inès. Matronas del ASSIR (Atención a la Salud Sexual y Reproductiva) Anoia (Barcelona)

**INTRODUCCIÓN:** La lactancia materna tiene muchas ventajas tanto para la madre como para el recién nacido, sin embargo hay mujeres que deciden desde un principio no dar el pecho. En esta decisión tan personal, pueden influir varios factores. La bibliografía científica nos cita variables (edad, IMC, situación laboral, nivel estudios y pareja) relacionados con la autoestima, pero ningún artículo relaciona autoestima materna con tipo de lactancia. La percepción de nuestras matronas en el ámbito de asistencia primaria es que hay determinadas variables que pueden influir en la elección del tipo de lactancia. En concreto, la presencia de obesidad, edad avanzada o la ausencia de pareja, parece aumentar la probabilidad de optar por la lactancia artificial. En cambio, la ausencia de actividad laboral parece asociarse con la lactancia materna. Para plantearnos intervenciones concretas debemos conocer si la autoestima influye i en qué manera a la hora de decidir el tipo de lactancia.

Estudios previos, demostraron mediante la escala de depresión de post-parto de Edimburgo (EPDS) que un 10% de puérperas sufren depresión postparto y que esta condición puede influir en la lactancia. Ya que la depresión postparto se relaciona con baja autoestima, queremos valorar la necesidad de explorar sistemáticamente la autoestima mediante una escala de valoración, igual que realizamos la EPDS en las visitas postparto

**OBJETIVO GENERAL:** Conocer la influencia de la autoestima en la elección del tipo de lactancia.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio transversal, observacional y descriptivo.

Muestra de 100 primigestas en el tercer trimestre de gestación que hayan decidido el tipo de lactancia que realizarán y visitadas por las matronas del CAP Igualada Nord y del CAP Igualada Urbà entre marzo y mayo del 2013.

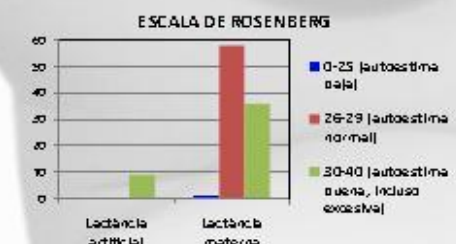
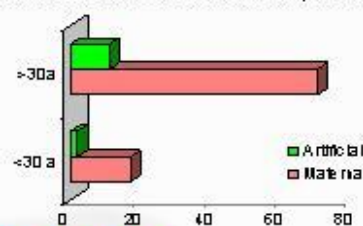
Se analizará la autoestima de la mujer mediante la escala de Rosenberg:10 preguntas puntuables del 1 (muy en desacuerdo) al 4 (muy de acuerdo), lo que permite una puntuación mínima de 10 y máxima de 40. Rosenberg entiende la autoestima como un sentimiento positivo o negativo hacia uno mismo y considera como rango normal entre 25 i 35 puntos y se relaciona el resultado con las siguientes variables: edad, situación laboral, IMC (índice de masa corporal).

### RESULTADOS:

\*Un **91%** de mujeres consultadas han optado por realizar lactancia materna. Las que han decidido lactancia materna, tienen una puntuación media de autoestima de 32,91 con una DE de 19. Mientras que las de lactancia artificial tienen una puntuación media de 34.2.

Siendo la puntuación mínima de 21 y la máxima 40 de la escala de Rosenberg

\*La edad no influye en la elección del tipo de lactancia. \*Respecto a IMC y a la actividad laboral no hay diferencias significativas entre lactancia materna y lactancia artificial



**CONCLUSIONES:** La gran mayoría de mujeres reflejan una autoestima normal o alta. La opción preferida independientemente de la edad es la lactancia materna. Únicamente optan por la lactancia artificial las mujeres de la muestra con valores superiores de autoestima, siendo la mayoría de edad > 30 años. En ningún caso las mujeres con autoestima inferior o normal optan por la lactancia artificial.

Una de las dificultades del estudio es el escaso nº de mujeres de la muestra que optan por la lactancia artificial.

Pensamos que para completar el estudio deberíamos realizar la encuesta en el postparto, para valorar diferencias entre tipo de lactancia elegida y la que realizan finalmente, ya que el postparto es una situación de grandes cambios físicos y emocionales que probablemente modifiquen la autoestima.

**BIBLIOGRAFÍA:** Martín Aba, J.; Núñez, J. L.; Navaro, J. G.; Grigorio, F.: The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. *The Spanish Journal of Psychology* 2007; 10(2):465-487.  
Cavalante JC, Bouca VE, Lopez MX. Bifactorial test of self-esteem in pregnant women: an analysis of factors. *Rev Bras Enferm* 2012; Dec; 65(8):1877-82.  
Magala L, Vale LK, Carmona EV. Aze omentat este dem in pregnant women using Rosenberg's self-esteem Scale. *Rev Esp Enferm UBR-Br* 2014; 68(446):589-93. DOI:10.4467/1136-377414

# Plan de Nacimiento

## Evaluación del circuito

Ponce Molina, M Pilar; Diener Rico, Leire; García Terol, Clara

Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat

### Introducción

El Plan de Nacimiento es un documento escrito, en el que la mujer gestante manifiesta y deja constancia de sus deseos y expectativas para el momento del parto.

### Objetivo general

Evaluar el circuito de entrega del Plan de Nacimiento de las gestantes en el Hospital General Parc Sanitari Sant Joan de Déu (PSSJD) entre Junio y Diciembre de 2011.

### Objetivos específicos

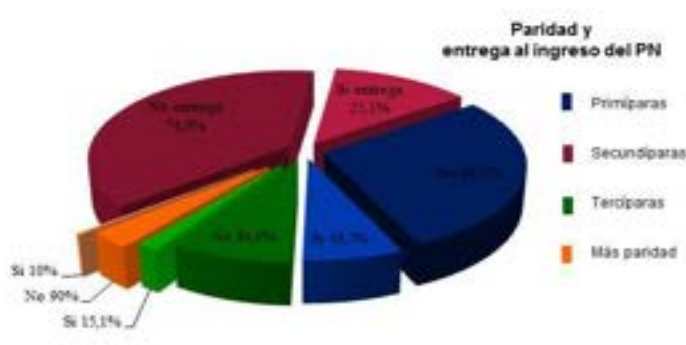
- Conocer el número de gestantes que han sido informadas y han recibido el Plan de Nacimiento.
- Conocer el número de gestantes que aportan el Plan de Nacimiento al ingreso.

### Metodología

- Tipo de estudio: descriptivo transversal retrospectivo.
  - Material: Plan de Nacimiento (PN) del PSSJD, instrumento de recogida de datos al ingreso en trabajo de parto.
  - Método: Las gestantes de bajo y medio riesgo que deseaban parir en nuestro centro y que su control se había llevado a cabo fuera de éste, se les programaba la primera visita de toxicología en consultas externas a partir de las 33 SG y la primera visita con la comadrona en torno a la FPP. Las gestantes de más riesgo ya controladas en el hospital, también recibían esa primera visita con la comadrona. Era en esta visita con la comadrona, cuando se les informaba y se les entregaba el Plan de Nacimiento.
- Asimismo, el día que ingresaban en trabajo de parto, se rellenaba una encuesta para recoger datos sobre las siguientes variables: lugar de control del embarazo, SG al ingreso, FUR, FPP, SG con la que se realizó la primera visita de toxicología, SG con la que se realizó la primera visita con la comadrona, si existe barrera idiomática, si se les entregó el PN y si lo aportó al ingresar en el hospital.

### Resultados

- De una muestra total de 327 gestantes, a 190 (58.1%) se les dio la información sobre el PN, y sólo lo aportaron al ingreso 71 mujeres (el 37.4% de las gestantes que recibieron información sobre el PN).
- Del total de nuestra muestra, 137 gestantes (41.9%) no llegaron a pasar por la consulta de la comadrona, pero a 18 de estas igualmente se les dio información del PN en la consulta de toxicología.
- Del total de la muestra, 20 mujeres (6%) tenían barrera idiomática, a 12 de ellas se les informó sobre el PN y sólo 2 lo aportaron al ingreso.



### Conclusiones

La mayoría de las gestantes no aportaban el PN al ingreso. Una de las razones es porque no se les había informado aún, ya que no habían llegado a realizar la primera visita con la comadrona, que es alrededor de la 40 SG. Pero aún dando la información, tan sólo el 37.4% lo entregaban, esto nos hace pensar que hay más razones por las cuales no se entrega al ingreso el PN, razones que desconocemos y que podrían ser objeto de un nuevo estudio. Respecto a la paridad no hay diferencias significativas y la barrera idiomática en nuestra población no resultó un problema.

Decir también que, a día de hoy, y a consecuencia de los resultados obtenidos en la evaluación del circuito, el PN se entrega en la consulta de toxicología antes de la semana 40, en la consulta de la comadrona o bien en la Escuela de Padres (sesión informativa a las gestantes en torno a la semana 32 de gestación).

### Bibliografía

FAME. Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso. Barcelona: Federación de Asociación de Matronas de España; 2007.

### Agradecimientos

A toda el Área Materno Infantil del Hospital General del Parc Sanitari Sant Joan de Déu.

**Proyecto de creación de un protocolo de manejo domiciliario de la rotura prematura de membranas (RPM) en gestantes que cumplan criterios**  
 Miguel R, Sancho P, Muñoz L. Residentes Hospital 12 de Octubre y Fuenlabrada de la Unidad Docente de la Comunidad de Madrid.

**INTRODUCCIÓN:** la RPM se produce en un 8% de las gestaciones. Más de la mitad de éstas, comenzará su parto de forma espontánea en las primeras 24 h. Lo cual según protocolos se considera un manejo expectante y seguro de la RPM a término.

**OBJETIVO:** elaborar un protocolo que permita dar el alta domiciliaria durante 24 horas por parte de la matrona en colaboración con el ginecólogo, a mujeres con RPM , que cumplan los criterios establecidos.

**MATERIAL Y MÉTODO:** búsqueda bibliográfica en PubMed, Med Line, Compludoc, Midwifery Today y Science Direct. Se incluyó también una revisión Cochrane, los protocolos de la SEGO, protocolo de alta por la matrona del Hospital de Fuenlabrada y la guía de práctica clínica NICE, de Reino Unido.

**RESULTADOS:** proyecto del protocolo esquematizado y resumido.

**Gestación bajo riesgo y a término.**

**Diagnóstico RMP con espéculo y :**

- Nitrazina: alta sensibilidad.
- Pruebas de determinación bioquímica: más específicas
- Determinar con espéculo si el trabajo de parto ha comenzado. Tacto vaginal sólo si duda.

**Ecografía: cantidad de líquido amniótico**

**Constantes vitales, PCR Y RCTG.**

**Criterios de inclusión para el alta por matronas y alta en casa: gestacion bajo riesgo, controlada a término, sin patología previa, no signos infección, no SGB, no RPM > 24h, deseo materno de alta en casa, entre otros.**

**Tríptico informativo (rellenar registro adjunto e información prevención infección, ej abstención relaciones sexuales, higiene básica... ) y cita a las 24h en urgencias. Teléfono Servicio de Urgencias con la matrona.**

**Registro para mujeres en alta a casa con RPM**

Hora	Tª	Color y olor del liquido	Mov. fetales
C/4h	< 37,5	Claro	Sí

**CONCLUSIONES:** existen diferencias significativas en la bibliografía respecto al manejo de la RPM en casa, y los resultados perinatales y obstétricos. La aplicación de un protocolo de este tipo liderado por una matrona que informe y de seguridad a la mujer podría mejorar la satisfacción y vivencia materna así como abaratar los costes de la asistencia sanitaria en las mujeres que cumplan criterios. Se necesitan estudios que específicamente traten estas situaciones para obtener mejor evidencia científica de este tipo de manejo con un tiempo de latencia no mayor de 24h.

© 2020 Elsevier B.V. All rights reserved. This is an open access article under the CC BY 4.0 International license.  
 1827-8758/\$ - see front matter © 2020 Elsevier B.V. All rights reserved.  
 https://doi.org/10.1016/j.eneuroen.2020.101275  
 Contents lists available at ScienceDirect  
 Journal of the Spanish Association of Midwives  
 journal homepage: www.elsevier.com/locate/eneuroen  
 ISSN 1827-8758

# EL COLECHO UNA REALIDAD SOCIAL

**Autores:** Idoya Bonet Beltrán, Catalina Cano García, Gloria Mas Sanfulgencio  
**Equipo de Atención Primaria: ASSIR Garraf**

Servei d'Atenció Primària Alt Penedès-Garraf-Baix Llobregat Nord

## Introducción

El colecho es la práctica de compartir la cama con el bebé. Existe evidencia científica que ha demostrado los beneficios del colecho<sup>1</sup>. A pesar de ello, existe una cierta imagen social negativa asociada al hecho de realizar colecho en nuestro medio, que parece conllevar en algunos casos a una conducta de culpabilidad aunque no existen estudios publicados.

## Objetivos

Los objetivos del presente estudio son: conocer la prevalencia del colecho en el área de influencia del ASSIR-Garraf (Barcelona) y el perfil de las mujeres que lo practican, la aceptación por su entorno y la percepción sobre su impacto sobre la pareja, la seguridad y la educación del bebé.

## Método

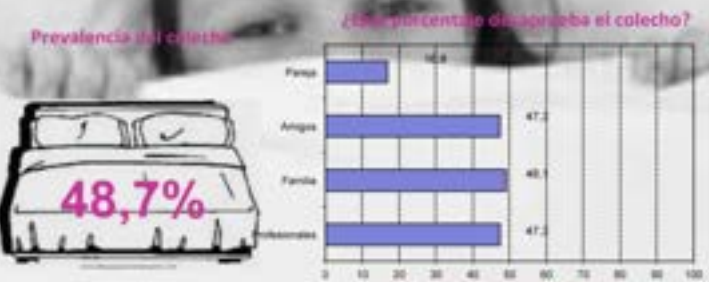
Se seleccionó una muestra aleatoria de 300 mujeres que habían dado a luz durante 2011 en el área del ASSIR-Garraf a las que se administró un cuestionario por vía telefónica (figura 1).

Figura 1

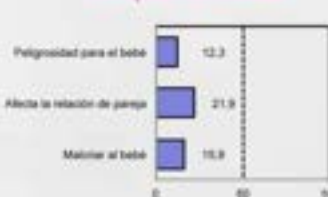


## Resultados

Se realizaron 300 encuestas. Le edad media fue 31,4 años (DE: 4,8). La prevalencia de colecho fue del 48,7% (n=146) (IC95%: 43,0-54,4).

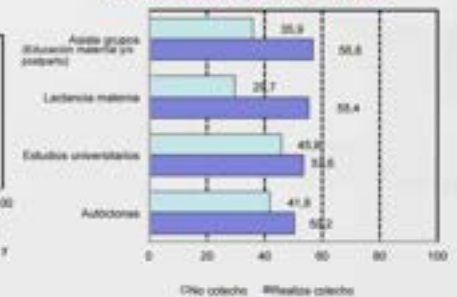


## Percepción del colecho



Se representa el porcentaje de mujeres con una respuesta de 7 o más siendo 3 nada de acuerdo y 10 muy de acuerdo

## Colecho según el perfil de la mujer



## Conclusiones

Prácticamente la mitad de las mujeres de dicho estudio realizan colecho. Todo y que los estudios actuales demuestran los beneficios de esta práctica, existe una imagen social negativa y una elevada desaprobación del entorno lo que sugiere sentimientos de culpabilidad, también existe un porcentaje nada despreciable de mujeres que lo realiza a pesar de tener una imagen muy negativa acerca de él lo que sugiere que la practica del mismo puede estar relacionado con motivos de confort. La asistencia a grupos de educación maternal y/o postparto, la practica de la lactancia materna, el ser autóctona i el tener estudios universitarios se ha relacionado con una prevalencia mayor de colecho.

Con todo esto sería necesario una mayor difusión de los beneficios del mismo mediante charlas y potenciando los grupos de educación maternal/postparto, lo que disminuiría los sentimientos de culpa, beneficiaría la lactancia materna y daría confort a todas estas mujeres.

## referencias<sup>1</sup>

- 1. American Academy of Pediatrics and Canadian Paediatric Society. Safe Sleeping Practices for Infants and Toddlers. Pediatrics. 2011;127(5):e32-42.
- 2. American Academy of Pediatrics. Safe Sleeping Practices for Infants and Toddlers. Pediatrics. 2011;127(5):e32-42.
- 3. American Academy of Pediatrics. Safe Sleeping Practices for Infants and Toddlers. Pediatrics. 2011;127(5):e32-42.
- 4. American Academy of Pediatrics. Safe Sleeping Practices for Infants and Toddlers. Pediatrics. 2011;127(5):e32-42.

**Agradecimientos:** Agradezco a Alex Allepez y a Elisenda Prats por su gran apoyo en este trabajo.



Servicio Madrileño de Salud

CS Arganda - Felicidad

Comunidad de Madrid

# "A clase con el bebé. Taller de psicomotricidad"

Autores: Alarcón Diana MP; Puyol Lacueva J

## Antecedentes:

El puerperio es una etapa de adaptación de la mujer a la nueva situación que se le presenta (ser madre, cuidado de un hijo) donde le asaltan innumerables dudas. Pensamos en la necesidad de crear un espacio donde los padres pudieran jugar con sus bebés y a la vez sentirse acompañados y orientados por un profesional en los primeros meses de vida del bebé. A su vez se crea un grupo de madres que constituye una red de apoyo para la adaptación a la nueva etapa, se comparten consejos, experiencias, expresión de sentimientos...

## Descripción de la experiencia:

Hemos elaborado un programa educativo de psicomotricidad de bebés de 0 a 6 meses en cuatro sesiones de 120 minutos cada una, marcándonos los siguientes objetivos:

### AREA CONOCIMIENTOS:

Ampliar los conocimientos de las puerperas acerca de los cuidados del bebé, autocuidados y beneficios de la psicomotricidad.  
Ser capaz de identificar de forma precoz problemas de incontinencia o de disfunción sexual.

### AREA HABILIDADES:

Incentivar la realización de los ejercicios de psicomotricidad en el domicilio.  
Fomentar la realización de ejercicios de suelo pélvico para prevenir incontinencias.  
Fomentar la confianza y seguridad de la madre en los cuidados del bebé.  
Adquirir habilidad en la realización de la técnica de masaje infantil.

### AREA ACTITUDES:

Se fomentará la expresión verbal de sentimientos acerca de su proceso de parto, llegada a casa, dificultades ante el cuidado del bebé.  
Se motivará a las mujeres para la práctica de ejercicio aeróbico regular.

Los ejercicios que se proponen en el taller están adaptados a cada etapa evolutiva (según estudios de Piaget) aportando beneficios físicos para el bebé y psicoemocionales. Está probado que se refuerza la comunicación, el vínculo madre-hijo y proporciona seguridad; se potencian los sentidos del bebé a través del juego; desarrollan su curiosidad respetando el ritmo particular de desarrollo de cada niño; y es una forma de prevenir y aumentar su salud en general y la calidad de vida.



## Evaluación de la experiencia, resultados:

¿Está satisfecha con las distintas propuestas, recomendación a otras madres a venir y le gustaría seguir trabajando sobre estas temas más tiempo?



¿Se sintió muy apoyada y comprendida por el grupo y la matrona?



¿Considera haber aprendido cosas nuevas en el taller?



¿Está contento con el trabajo realizado?



## Discusión y conclusiones:

- ✓ Vivimos en una sociedad (sobre todo en las grandes ciudades) donde las madres pueden sentirse solas y desbordadas en los primeros meses de cuidado del bebé.
- ✓ La matrona de atención primaria puede crear un espacio en los talleres postparto para que los padres de una forma lúdica enseñen a sus bebés a explorar el medio, proporcionando los estímulos adecuados a través de la vista, tacto, oído... De esa forma ayudamos a pasar un tiempo "especial" con su bebé fomentando el vínculo y creando un grupo de apoyo para esas madres, que se sienten menos solas al compartir su sentir con otras madres en su misma situación.
- ✓ La matrona es el profesional más cualificado por su preparación académica para atender todas y cada una de las etapas vitales de la mujer desde la adolescencia al climaterio.
- ✓ Con estos talleres la matrona facilita el acompañamiento de las parejas en una etapa tan delicada como es la maternidad y crianza, facilitando herramientas valiosas y consejo profesional, para una mejor adaptación al nuevo rol.



## A PROPÓSITO DE UN CASO: INDUCCIÓN DE PARTO CON BOLSA ÍNTEGRA

Clara González Tornos, Lucía Moya Ruiz, Elena Díaz Busnadiego



### OBJETIVO

- Mostrar la evolución de un parto inducido con bolsa íntegra.
- Revisar la literatura científica en relación a la amniotomía y la inducción de parto.

### DETALLES DEL CASO

#### Anamnesis

Gestación de evolución normal y bajo riesgo.  
Ecografías normales y corresponden con edad gestacional.

#### Evolución del parto

Ingresa para estimulación electiva del parto por gestación a término y Bishop favorable.

### PARTOGRAMA



### BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

- Se realizó una búsqueda en La Cochrane Database y en PubMed ( las palabras clave «amniotomy» «induction» y «labour».
- Se revisó el protocolo de inducción de parto de la SEGO.

### RESULTADOS DEL CASO

Se finalizó con un parto eutócico, con rotura tardía de la bolsa, y sin alargar los tiempos de parto en multiparas descritos en la literatura.

### RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

- La inducción de parto mediante amniotomía puede evitar la necesidad de intervención farmacológica, pero en muchas ocasiones el parto puede no sobrevenir, y suele llevar asociado un segundo método de inducción (1).
- Los efectos adversos incluyen dolor, disconfort, sangrado, riesgo de infección, alteraciones FCF y prolapso de cordón (1, 2, 3).
- En diversos estudios se refleja que no hay datos suficientes acerca de la efectividad y seguridad de la amniotomía y la infusión de oxitocina, aunque ambos métodos son muy utilizados (2). En base a la seguridad, los resultados no justifican recomendar ningún tipo de inducción de parto, pero sí individualizar la actuación con cada gestante (4). El momento en que se realiza la amniotomía es importante pero, aunque se suele recomendar que se realice al inicio de la inducción, no hay unanimidad en cuanto al momento en que la bolsa deba romperse (3).

### DISCUSIÓN

- Si inducción de parto, ¿primero realizar amniotomía o iniciar administración de oxitocina?
- Si en las RPM se madura el cérvix con prostaglandinas antes de la administración de oxitocina, ¿por qué parece recomendable realizar la amniotomía al principio de la inducción de parto?

### CONCLUSIONES

- En la revisión bibliográfica no se han encontrado estudios ni recomendaciones que reflejen la inducción del parto administrando primero oxitocina y luego realizando, o no, amniorrexis artificial.
- Dado que la evolución del parto ha sido muy favorable y se finalizó con un parto con bolsa íntegra, con las ventajas que conlleva, sería necesario realizar estudios con esta pauta de inducción del parto, para valorar su aplicación en la práctica clínica.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Bricker L, Lucas M. Amniotomy alone for induction of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. Art. No.: CD004212. DOI: 10.1002/14651914.CD004212.
- Reeswell G, Burtis D. Amniotomy plus intravenous oxytocin for induction of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 4. Art. No.: CD003707. DOI: 10.1002/14651914.CD003707.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Inducción de parto. SEGO, Madrid, 2004.
- Martin, F. G. and Sanchez, G. (2006). Induction of labour: a randomised clinical trial of prostaglandin versus prostaglandin with oxytocin infusion. 8006. An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 355, 504-512.

INDICACIONES: si la mujer que dirige se permite para realizar las fotos, y el Dr. Plaza, presidente de la gestante.



## VIVENCIA DE LA SEXUALIDAD TRAS EL PARTO

Gómez Perea M<sup>1</sup>., Vázquez Bautista M<sup>1</sup>., Chapin Segura E<sup>1</sup>., Martínez Almarcha F<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> ER2 Matrona H. Vega Baja, <sup>2</sup> Matrona H. Vega Baja

### Introducción:

El postparto puede ser un periodo difícil en relación con la sexualidad donde la relación de pareja se puede ver afectada. Aparecen conflictos personales y de pareja ya que surgen sentimientos y cambios tras la llegada del nuevo miembro a la familia.

La vida sexual se reinicia tras un periodo variable de abstinencia durante el puerperio para asegurar la adecuada recuperación. Este inicio se puede ver influenciado por distintos aspectos, como molestias en la zona de la episiotomía, menos apetito sexual, miedos, etc.

### Objetivos:

Describir cómo las mujeres de nuestra zona hospitalaria llevan su sexualidad después de la maternidad

Analizar la relación con su pareja tras el parto.

Analizar el conocimiento en sexualidad que poseen nuestras mujeres

### Material y método:

Estudio descriptivo y analítico retrospectivo, realizado a 140 mujeres pertenecientes al área de salud del Hospital de Orihuela.

El estudio se llevó a cabo mediante una encuesta estructurada en 30 preguntas que versaban sobre sus experiencias en sexualidad, tanto a nivel personal como con su pareja, así como los conocimientos adquiridos sobre el tema.

### Resultados:

La edad media de nuestras encuestadas es de 32,5 años, de las cuales el 81,16% son españolas. El 42,86% tenía estudios básicos, sólo el 28,57% tenían estudios superiores. El 100% de las mujeres tienen pareja estable, con una media de 9 años de convivencia.

El 67,14% describen su sexualidad como divertida y placentera; sin embargo, solo un 23,4% de las mismas refieren que se masturban o lo han hecho y tienen orgasmos habitualmente.

Un 41% refiere cambios en su sexualidad tras la maternidad (miedo a las relaciones sexuales, molestias en la zona de la episiotomía, menos apetito sexual). Solamente un 34% no ven modificado su deseo sexual tras el parto.

Un 57% consideran que sus relaciones de pareja siguen siendo satisfactorias, mientras que un 34,3% piensan que le dedican poco tiempo. Aproximadamente un 37% refieren no haber recibido información sobre sexualidad, ni estar interesadas en aumentar sus conocimientos en el tema, frente a un 44,3% que desean saber más sobre sexualidad.

Un 75% de las mujeres estaban interesadas en que se organizaran charlas dirigidas a las parejas sobre sexualidad.

### Conclusiones:

Ante la pregunta de si se masturban o si tienen orgasmos habitualmente, solo han contestado aquellas mujeres con estudios superiores, tal vez porque el resto sienten vergüenza debido a que siempre han sido temas considerados como tabú, ya que cuesta creer que sea la falta de conocimientos para poder entender la pregunta lo que haya hecho que muchas no marquen esas respuestas. Sin embargo, un 67% describen su sexualidad como divertida y placentera, lo que nos lleva a pensar que sea esta la razón de los resultados.

Por otra parte, es interesante que más de la mitad consideren que las relaciones con su pareja siguen siendo satisfactorias y no han cambiado, cuando un 41% describen miedos, molestias y disminución del apetito sexual, siendo todo esto normal después del parto.

En cuanto a la información que las mujeres han recibido sobre sexualidad por parte de sus padres, son las de mayor edad las que han contestado afirmativamente, esto nos lleva a pensar que las más jóvenes no necesitan información de los padres ya que la reciben por otros medios (colegio, amigos, medios de comunicación, internet, etc.).

Habría que plantearse organizar charlas informativas sobre sexualidad dirigidas a la pareja, puesto que es lo que demandan en un 75% nuestras encuestadas.

### Bibliografía:

1. Salim NR; Araujo NM; Gualda DMR. Cuerpo y sexualidad: experiencia de púerperas. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010; 18(4): (08 pantallas).
2. Salim NR; Gualda DMR. Sexuality in the puerperium: the experience of a group of women. Rev. Esc. Enferm USP. 2010; 44(4):888-95
3. Shirvani MA, et al. Maternal sexuality after child birth among Iranian women. Pak J Biol Sci. 2010 Apr 15; 13(8):385-9

## PERO... ¿AÚN TOMA TETA? RETOS DEL AMAMANTAMIENTO PROLONGADO

Escanilla Samper, M<sup>a</sup> P.; Navarro Gil, C.; Morera Llanez, L.; Bueno Peral, A.; Sánchez Molina, P.  
Matronas del HARP (Jaca)

### INTRODUCCIÓN

En la actualidad se está trabajando mucho para aumentar el inicio y asegurar la correcta instauración de la lactancia materna pero ¿qué sucede con las madres que deciden prolongar la lactancia natural más allá de los primeros meses? La investigación y el esfuerzo dedicados para estas mujeres es muchos más escaso y son ellas las que se tienen que enfrentar al reto diario del amamantamiento prolongado en una sociedad que da un alto valor al consumismo y a la independencia.



Dar el pecho es algo bello, tanto en público como en privado

### OBJETIVOS

- Conocer las percepciones de las mujeres en relación a la lactancia materna prolongada
- Sensibilizar a los profesionales de salud en particular y a la sociedad en general de la importancia de la lactancia materna prolongada (más allá de los 2 años) y de los beneficios que aporta.

### MATERIAL Y MÉTODO

Metodología cualitativa a través de entrevistas semiestructuradas a 30 mujeres que estaban amamantando a niños de entre 2 años y 5 años y seis meses.  
Revisión bibliográfica: consulta de páginas web de organismos oficiales y asociaciones profesionales de la salud.

### RESULTADOS

Tenemos que tener en cuenta que la mujer que opta por una lactancia prolongada no se limita solamente a la alimentación de sus hijos, sino que engloba un tipo de crianza con respeto hacia los tiempos de los niños y con mucha dedicación.

Todas ellas coincidieron en diferentes aspectos:

-El placer y bienestar que les producía a ellas y a sus hijos el amamantamiento.

-La importancia del apoyo de sus parejas para poder continuar y disfrutar de una lactancia prolongada.

-Práctica del colecho.

-El convencimiento de que están haciendo lo mejor para sus hijos a pesar de la presión social.

En las entrevistas, las mujeres verbalizaron que:

-En ocasiones evitaban dar el pecho en público por el rechazo social, incrementándose con la edad del niño.

-La importancia de estar en contacto con mujeres en la misma situación

-Haber escuchado comentarios negativos en su entorno.

-Más de la mitad (16 de ellas) recibieron información negativa por parte del personal sanitario al relacionar la LMP con la caries.



"Si la LM provocara caries, la selección natural la habría eliminado"  
B. Palmers.

### CONCLUSIONES

Dado que existe evidencia científica de los beneficios que aporta la lactancia materna para la diada madre-hijo; favorecer, apoyar y fomentar la lactancia materna prolongada debería ser uno de los objetivos del personal sanitario, especialmente de la matrona y el pediatra a través de la consulta o grupos de mujeres postparto.

Está científicamente demostrado que la leche materna no es cariogénica, la lactoferrina, IgG e IgA están presentes en la composición de la leche y son factores protectores frente al streptococo mutans (bacteria causante de la caries).

Se debería hacer un esfuerzo para hacer más visible esta realidad y que la sociedad la aceptara con total naturalidad. Muchas más madres disfrutarían de la experiencia sin problemas si no estuvieran continuamente cuestionadas por el entorno.

*Debemos devolver a la mujer y al bebé todo su protagonismo, defendiendo este tipo de crianza en la que las madres son más capaces y los niños más respetados y sanos.*

## EMBARAZO DURANTE LA LACTANCIA MATERNA: REVISANDO LA EVIDENCIA

**AUTORES:** Coral Ballesteros Calero, Yolanda Espinosa de los Monteros Valle,  
HOSPITAL CENTRAL DE LA DEFENSA GÓMEZ ULLA



XVI CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS.  
ZARAGOZA 6,7,8 DE JUNIO DE 2013



### INTRODUCCIÓN

La lactancia materna prolongada, al amparo de las recomendaciones de los organismos reconocidos científicamente, es un hecho cada vez más común, en el transcurso del cual puede darse un nuevo embarazo, siendo sus efectos aún hoy no bien conocidos.

### OBJETIVOS

1. Determinar si la continuidad de la lactancia materna durante una gestación de bajo riesgo conlleva algún riesgo materno-fetal y/o neonatal.
2. Identificar situaciones gestacionales que pudieran desaconsejar la continuidad de la lactancia materna durante el embarazo.

### MATERIAL Y MÉTODO

**Bases de datos consultadas:** Biblioteca Cochrane, TripDatabase, Pubmed.

Se consultan recomendaciones del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría y otros manuales de lactancia materna.

**Palabras clave:** breastfeeding, pregnancy, infant feeding, lactation counselling, birth weight, abortion, spontaneous abortion, postpartum care.

### RESULTADOS

Existen escasos estudios que evalúen la concurrencia de embarazo y amamantamiento.

El diseño de los estudios compara un grupo control con gestantes que amamantan durante la gestación.

El tamaño muestral de gestantes del grupo que amamanta es reducido en todos los estudios (57-253 mujeres).

#### Patrón de lactancia:

	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre
Madarshahian F, 2012	61%	26%	13%
Ishii H, 2009	39%	27%	34%
Merchant K, 1990	56%	41%	3%

\*Porcentaje de mujeres que dejan de amamantar al final de cada trimestre.

Se aprecia una tendencia a disminuir el amamantamiento a lo largo del embarazo, observándose bajos porcentajes de lactancia durante el tercer trimestre.

En el estudio de Ishii H, el 8% de las mujeres continuó con lactancia materna en tandem. No hay datos al respecto en el resto de los estudios.

#### Motivos de destete:

Dolor de mamas y/o pezones, miedo a aborto espontáneo, cansancio materno y disminución de la cantidad de leche (Ishii H y Moscone SR).

#### Riesgo materno-fetal y neonatal:

-**Bajo riesgo obstétrico:** no se aprecian diferencias entre ambos grupos en cuanto a prevalencia de parto pretérmino, bajo peso al nacimiento y tasa de abortos.

-**Situaciones especiales:** se sugieren mayores precauciones en embarazos de alto riesgo obstétrico (dinámica uterina, metrorragia, antecedentes de aborto espontáneo, disminución excesiva de peso materno).

### CONCLUSIONES:

La lactancia materna durante un embarazo de bajo riesgo debería recomendarse con la misma fortaleza que en situaciones de no gestación. Es una opción que debe ser considerada por cada mujer de forma individual. Es por tanto la matrona el profesional idóneo para recomendar y apoyar a la mujer en su decisión.

#### BIBLIOGRAFÍA:

- Madarshahian, F, et al. A Comparative Study of Breastfeeding During Pregnancy: Impact on Maternal and Newborn Outcomes. *Journal of Nursing Research* 2012;20:74-80.
- Ishii, H. Does breastfeeding induce spontaneous abortion? *Journal of Obstetrics and Gynecology Research* 2009;35:654-68.
- Moscone SR, et al. Breastfeeding during Pregnancy. *J Hum Lact* 1993;9:283-88.
- Merchant K, et al. Maternal and fetal responses to the stresses of lactation concurrent with pregnancy and of short recuperative intervals. *Am J Clin Nutr* 1990;52:280-8.
- Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica. Editorial Médica Panamericana, 2008.

## PLAN DE PARTO: ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS QUE INFLUYEN EN SU ELECCIÓN.

Natalia Barrio Fomé\*, Cristina Santos Marco\*, Verónica Paredes Rubio\*, Laura Gómez Mendoza\*, Eva Bujeda Blanco\*  
\*Matrona

### OBJETIVOS

- Evaluar el grado de satisfacción de ambos grupos mediante la utilización de una escala validada.
- Comparar el grado de satisfacción obtenido entre un plan de parto y un parto intervenido eutócico.
- Identificar el perfil (económico, social, cultural,...) de las mujeres que eligen plan de parto.
- Averiguar que conocimientos previos poseen sobre el plan de parto.
- Conocer a través de qué medios han descubierto la existencia del plan de parto.
- Investigar acerca de la difusión del plan de parto en el Sector III de Aragón.

### METODOLOGÍA

Se recogen datos de historia clínica (edad, paridad,...) y se realiza una entrevista (escala validada) a todas las mujeres que elijan plan de parto, que configuran el grupo caso, y al doble de mujeres con parto eutócico intervenido, que forman el grupo control.

### RESULTADOS

La información obtenida se registrará en una base de datos Excel. Los datos se analizarán mediante el programa informático PASW 18. (SPSS para WINDOWS).

La codificación se realizará para todas aquellas variables que entran en el análisis como numéricas, en función del tipo:

- Las variables dicotómicas se registrarán como 1=si, 2=no.
- Las variables cualitativas se obtendrán mediante encuesta. A cada variable le será asignado un dato numérico para poder ser tratadas como cuantitativas y facilitar el cálculo de resultados.
- Las variables cuantitativas se registrarán en su valor numérico.

### CONCLUSIONES

Durante nuestra experiencia, tanto en el hospital como en los centros de salud hemos observado que son muy pocas las mujeres que optan por elaborar un plan de parto durante su embarazo.

Sin embargo, en las búsquedas bibliográficas realizadas hemos hallado datos que transmiten la insatisfacción de las madres con los cuidados rutinarios que se ofrecen en el hospital a las mujeres con trabajo de parto, así como datos referentes a la satisfacción experimentada por las mujeres que reciben cuidados basados en la evidencia científica y a las que se les permite tomar decisiones en torno a la evolución de su parto.

Por estos motivos, consideramos muy importante conocer la satisfacción de las mujeres que dan a luz en el hospital donde realizamos nuestra práctica asistencial en relación con el plan de parto y la posibilidad de elegir entre los posibles cuidados que recibirían durante su proceso de parto, además de averiguar si las gestantes del sector III conocen las distintas prácticas y cuidados que se les puede ofrecer y su capacidad de decisión mediante el plan de parto.



### BIBLIOGRAFÍA

- Goberna Tricas J., Palacio Tauste A., Banús Giménez M.R., Linares Sancho S., Salas Casas D. Tecnología y humanización en la asistencia al nacimiento, la percepción de las mujeres. *Matronas Prof.* 2008; 9 (1): 5-10
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Iniciativa Parto Normal. Dirección General Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. FAME (federación de asociaciones de matronas de España); 2006
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Noviembre; 2007

## CRIBADO DE LA DEPRESIÓN POSPARTO EN LA CONSULTA DE LA MATRONA

Autoras: Orte González, Eva M<sup>a</sup>; Ramón Del Carmen M<sup>a</sup> José; Muñóz Zaragoza Begoña.

DPP: trastorno mayor depresivo no psicótico, con unos criterios diagnósticos diferenciados. Comienza a menudo en las primeras cuatro semanas posparto, pero se puede producir en cualquier momento durante el primer año tras el parto.

10-15% Mujeres

50% casos NO se detectan

¿Qué puede hacer la matrona?

1

**EVALUACIÓN** recomendable una vez cada trimestre del embarazo y en el primer año posparto.

**Población de riesgo**

- > Seguimiento telefónico.
- > Visita puerperal en el domicilio.
- > Cribado específico DPP.

Valoración de vulnerabilidades hacia la depresión posparto. Escala de Predictores (PDP):

- Estado civil.
- Estado socioeconómico.
- Autoestima.
- Depresión prenatal.
- Ansiedad prenatal.
- Gestación no planeada/no deseada.
- Historia de depresión previa.
- Apoyo social.
- Satisfacción matrimonial.
- Estrés vital.
- Los antecedentes de depresión durante el embarazo.
- El estrés vital.
- Estrés en el cuidado del bebé.
- Temperamento del bebé.
- Tristeza posparto.

Después del parto.

2

**INSTRUMENTOS de cribaje**

	PDSS: Valoración de la DPP de Beck y Gable	EPDS: Escala de depresión postnatal de Edimburgo	BDI-II: inventario de depresión de Beck II
	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt;Puntuaciones de 35 a 175</li> <li>&gt;Evalúa las últimas 2 semanas.</li> <li>&gt;Consta de 35 ítems.</li> <li>&gt;Punto de corte: &gt;60 Síntomas significativos de DPP.</li> <li>&gt;≥80 DPP mayor</li> <li>&gt;Mide siete dimensiones:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sueño/Alimentación</li> <li>- Ansiedad/Inseguridad</li> <li>- Habilidad emocional</li> <li>- Alteración cognitiva</li> <li>- Pérdida de la identidad</li> <li>- Culpa/vergüenza</li> <li>- Considerar la autolesión</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt;Consta de 10 preguntas.</li> <li>&gt;4 respuestas que se valoran de 0 a 3.</li> <li>&gt;El rango va de 0 a 30.</li> <li>&gt;Entre las 4-6 sem. de posparto.</li> <li>&gt;Refleja los siete días anteriores.</li> <li>&gt;Se suman los puntos de las categorías de las respuestas.</li> <li>&gt;El punto de corte recomendado es ≥13.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt;Consta de 21 ítems.</li> <li>&gt;4 respuestas que se valoran de 0 a 3.</li> <li>&gt;Elegir la frase respecto a a las 2 últimas semanas.</li> <li>&gt;Punto de corte:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>14-19 Depresión leve</li> <li>20-28 moderada</li> <li>29 a 63 Cuadros severos de depresión</li> </ul> </li> <li>&gt;Evalúa síntomas cognitivos, conductuales, afectivos y somáticos.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt;Mayor especificidad y sensibilidad.</li> <li>&gt;Identifica varios dominios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt;Se puede utilizar de forma gratuita.</li> <li>&gt;Permite medir la depresión prenatal.</li> <li>&gt;Corto y fácil de utilizar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt;Se puede usar para medir la depresión prenatal.</li> <li>&gt;Útil para adolescentes y grupos minoritarios.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt;Es de pago.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt;No mide la alteración cognitiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt;No valora la ansiedad.</li> <li>&gt;Es de pago.</li> <li>&gt;Debido a la valoración de síntomas somáticos se puede sobrevalorar la detección.</li> <li>&gt;No valora específicamente la DPP.</li> </ul>

Bibliografía: A-Chaudron UK, Solari PG, Tang W, Aron E, Talbot HL, Vachina H, et al. Accuracy of depression screening tools for identifying postpartum depression among urban mothers. *Pediatrics*. 2010;125:695-697. B-Kennedy HP, Beck CT, Dincoff JW. Use for in the field: validity in the mothers with depression postpartum. *Maternity profession*. 2002; 16(4):171-4. C-Viswan J. The identification of Postpartum Depression. *Obstet Gynecol*. 2008; 52(3):458-468. D-Sabatini S, Mariani V, Gamba R, et al. Influence of the media postpartum literature on the detection and evaluation of the depression postpartum. *Progress Obstet Gynecol*. 2011; 54(2):85-90. E-Beck CT. Revision of the postpartum depression predictors Inventory. *National News*. 2002 July/August; 31(4):394-402. F-Paré B, Gato K, Alamián L, Aulés V, Bragado I, Coleman J. Variables psicológicamente asociadas a depresión postparto: según escala Edimburgo. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2007; 67(3):187-191. G-Beck CT, Gable RK. Comparative analysis of the performance of the Postpartum Depression Screening Scale with two other depression instruments. *Nurs Res*. 2001 Jul-Aug; 50(4):242-50. H-Cookson S, Cookson S, Nanda A, Nanda S. The utility of EPDS-II as an assessment of pre- and postpartum depression symptoms and their relation to labor pain. *Psychiatry Danubia*. 2012; 24(2):187-194. I-Li S, Lang Q, Nenejati J, Na H, Knight B, Zach FB, et al. Validity of Depression Rating Scales during Pregnancy and the Postpartum Period: Impact of Trimester and Parity. *J Psychiatr Res*. 2011 February; 45(2):213-218.

## El uso de la Aromaterapia en el trabajo de parto

Carmen María Sánchez Sánchez, Rocío Rodríguez López, Raquel Márquez Bustamante

### INTRODUCCIÓN:

La aromaterapia se basa en el uso de aceites esenciales extraídos de plantas naturales para mantenernos sanos y mejorar nuestro equilibrio y bienestar. Se trata de una terapia alternativa que cumple los requisitos de evidencia científica, seguridad y efectividad. Un aceite esencial (AE) es la esencia volátil extraída de las denominadas plantas aromáticas. En lo que se refiere a la salud de la mujer, las afecciones tratadas con aceites esenciales incluyen: infecciones vulvovaginales, trastornos menstruales, síntomas de menopausia, cistitis, infertilidad, discomforts comunes del embarazo y del trabajo de parto (miedo, ansiedad, dolor o hipodinamia). Nuestra búsqueda se centra en los beneficios que aporta la aromaterapia en el trabajo de parto, un recurso para facilitar a las mujeres un parto normal. Con este fin, las vías de administración más utilizadas son: vía tópica (el masaje, compresas, baño, pediluvio), vía inhalada por vaporización e inhalación directa o indirecta.



Vías de administración de la aromaterapia

Aceite esencial	Propiedades beneficiosas en el parto
Incienso	Calmante antidepresivo
Salvia	Analgésico antiespasmódico
Eucalipto	Energetizante
Palmarosa	Uterotónico
Jazmin	Antiespasmódico y analgésico; mejora el estado de ánimo y relaja
Rosa	Relajante
Limón	Antidepresivo; mejora el estado de ánimo
Mandarina	Antiespasmódico
Neroli	Antidepresivo y espasmódico
Ylang Ylang	Relajante antidepresivo
Lavanda	Analgésico y antiespasmódico

### OBJETIVO:

Conocer mediante revisión de la literatura científica la aplicación de la aromaterapia en el trabajo de parto.

### MATERIAL Y MÉTODO:

Revisión bibliográfica de los artículos publicados en las bases de datos: Cochrane, Medline, Cinahl, Cuiden, Cuidatge, IME y JBI. Limitación temporal: 10 años. Palabras clave: "aromaterapia", "aceites esenciales", "terapias complementarias alternativas", "trabajo de parto" y "matrona" en español; "Aromatherapy", "Essentials oils", "complementary and alternative therapies", "labour", "midwife".

### RESULTADOS:

La literatura científica y los estudios controlados son escasos, sin embargo, hay guías y protocolos de aromaterapia en trabajo de parto que han sido utilizados por las matronas y otros profesionales de la salud durante años. El uso de la aromaterapia en el trabajo de parto tuvo éxito para disminuir los niveles de ansiedad, miedo y dolor, estimular las contracciones uterinas, reducir las náuseas y los vómitos y mejorar la satisfacción durante la experiencia de parto.

Las mujeres que utilizaron la aromaterapia para disminuir la ansiedad y el miedo redujeron la necesidad de otro tratamiento de alivio del dolor farmacológico adicional (anestesia peridural y peldina) y tuvieron mayores tasas de parto normal; como consecuencia, mejoraron los resultados maternos-perinatales.

El efecto uterotónico de los AE no es concluyente.

Las mujeres que usaron AE de menta para paliar las náuseas y vómitos refirieron beneficios (44-54%).

Los efectos secundarios descritos fueron escasos (1%): rash cutáneo, náuseas, dolor de cabeza, dilatación precipitada e hipotensión; signos y síntomas que no se pueden atribuir a la aromaterapia porque son frecuentes en el trabajo de parto.

### CONCLUSIONES:

En toda la bibliografía revisada, la aromaterapia resultó beneficiosa en el trabajo de parto. Proponemos incorporar la aromaterapia en los protocolos de las salas de parto, como competencia de la matrona, ya que se ajusta a su visión holística del cuidado y ensalza su autonomía profesional; a la par que empodera a las mujeres y aumenta su satisfacción durante la experiencia de parto.

### BIBLIOGRAFÍA

Tillett J, Ames D. The Uses of Aromatherapy in Women's Health. *J Perinat Neonatal Nurs* 2010; 24(3):238-245.  
 Dhany A, Mitchell T. Aromatherapy and Massage Intrapartum Service Impact on Use of Analgesia and Anesthesia in Women in Labor: A Retrospective Case Note Analysis. *J Altern Complement Med*. 2012; 18(10): 932-938.  
 Burns E, Zobbi V, Panzeri D, Dekrochi R, Regalia A. Aromatherapy in childbirth: a pilot randomized controlled trial. *BJOG*. 2007; 114: 875-844.  
 Burns E, Braney C, Essar S, Barnettson L, Lloyd A. An investigation into use of aromatherapy in intrapartum midwifery practice. *J Altern Complement Med*. 2000; 6(2): 141-147.  
 Pollard K.R. Introducing aromatherapy as a form of pain management into a delivery suite. *Journal of the Association of Chartered Physiotherapists in Women's Health*. 2008; 10(1): 12-14.  
 Williams J, Mitchell M. Midwifery managers' views about the use of complementary therapies in the maternity services. *Complementary Therapies in Clinical Practice* (2007) 13, 129-135.



## PARTO DIFERIDO EN GESTACIÓN GEMELAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Mónica Sumalla Aring, Gabriel Tarrés, Ada Font Montpeat,  
Matronas del Hospital Universitario Arnau de Vilanova



### INTRODUCCIÓN:

El término parto diferido se usa para describir aquellos casos de gestación gemelar en los cuales se produce el parto de un gemelo permaneciendo el otro intraútero durante varios días o semanas con el objetivo de disminuir el grado de prematuridad y/o en algunos casos conseguir la viabilidad del segundo gemelo.

### OBJETIVOS:

- Estudiar y dar a conocer un caso clínico de parto diferido que tuvo lugar en nuestro hospital.
- Revisión de la literatura publicada de los procedimientos realizados en otros centros en esta misma situación para conocer las actuaciones que consigan mejores resultados obstétricos y neonatales.

### METODOLOGÍA:

Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos: MEDLINE y COCHRANE PLUS; artículos, libros y resúmenes publicados de obstetricia, y curso clínico de la paciente y de los recién nacidos estudiados.

### RESULTADOS:

Paciente de 18 años, primigesta de 24 semanas de gestación gemelar espontánea bicorial-biamniótica, sin antecedentes personales y familiares de interés, con buen control del embarazo. Ingresó por dinámica uterina sintomática de 10 horas de evolución y con pérdidas hemáticas vaginales. Exploración obstétrica al ingreso:

<b>ECOGRAFÍA ABDOMINAL</b>	Se visualizan dos fetos con frecuencia cardíaca fetal positiva y movimientos fetales presentes, en situación longitudinal, presentación cefálica, placentas anteriores e índice de líquido amniótico normal.
<b>ESPECULOSCOPIA</b>	Pérdidas vaginales escasas, se visualiza bolsa amniótica y calota fetal del primer gemelo;
<b>TACTO VAGINAL</b>	Cérvix casi borrado, dilatación un dedo holgado, presentación cefálica SES con bolsa íntegra.

Se pauta tratamiento tocolítico sin éxito, ya que termina presentando un parto prematuro del primer gemelo en la semana 24+1 de gestación con la muerte neonatal de este gemelo en las primeras 48 horas del nacimiento.

Se realiza clampaje del cordón umbilical con doble ligadura de seda proximalmente al orificio cervical externo<sup>®</sup> y lavados vaginales con clorhexidina. Ante la ausencia de signos clínicos y analíticos de infección y el cese de las contracciones y del sangrado activo después del parto, se opta por una conducta expectante e intento de parto diferido del segundo gemelo. Se instaura tratamiento conservador con: antibióticos (ampicilina y gentamicina), corticoides (celestone cronodose IM, dos pautas completas en intervalo de 7 días), tocolíticos (Atosiban, indometacina, adalat), neuroprotección con sulfato de magnesio y reposo absoluto con profilaxis antitrombótica. Se mantuvo un control exhaustivo de la dinámica uterina, las pérdidas vaginales y los signos de infección por parte de todo el equipo interdisciplinar.

Se consiguió prolongar 10 días la gestación hasta la semana 25+4, la cual finalizó por cesárea urgente tras instaurarse el parto activo del segundo gemelo en presentación de pies y proclibo de asas de cordón, con el posterior ingreso del recién nacido en la UCI neonatal durante 3 meses precisando controles y tratamientos adecuados consiguiendo una evolución clínica favorable.

### CONCLUSIONES:

«La incidencia de embarazos múltiples ha experimentado un notable aumento en el mundo occidental. Esto implica el incremento del número de partos prematuros que conlleva un riesgo aumentado de la morbilidad neonatal.»

«El parto diferido es una opción a tener en cuenta en embarazos múltiples cuando se prevé el nacimiento pretérmino del primer gemelo. La posibilidad de prevenirlo y actuar guiados por un protocolo ya establecido, mejora los resultados obstétricos y neonatales.»

«Es importante difundir los casos de parto diferido resueltos con éxito ya que permiten unificar criterios y elaborar protocolos específicos.»

«Según la bibliografía consultada, el manejo óptimo del parto diferido consiste en: ligadura del cordón umbilical del primer gemelo lo más cerca posible del orificio cervical externo, control de signos clínicos y analíticos de infección, antibioterapia (continua o intermitente), tocolisis (continua o intermitente), corticoides a partir de las 24 semanas de gestación y reposo materno con hospitalización. Existe controversia respecto a la necesidad de realizar cerclaje cervical.»

### BIBLIOGRAFÍA:

- Reyes J, Álvarez de la Rosa M, Padilla AJ, Álvarez I, Trujillo JJ. Parto a término del segundo gemelo tras parto inmaduro del primero. Prog Obstet Ginecol. 2005;48(8): 404-8.
- T.-B.Song, J.Jeong, Y.-H.Kim, E.-K.Kim. Delayed interval delivery in multiple gestations. Arch Gynecol Obstet (2000) 263:185-187.
- Fayad S, Bongain A, Hülthfeld P, Janáky E, Durand-Réville M, Eynes L, et al. Delayed delivery of second twin: a multicentre study of 35 cases. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2003;109:16-20.
- Gonzalez-Arto, J. Obstetricia, 5ª ed. Barcelona: Masson; 2006.
- Masoller Casas N, et al. Parto diferido del segundo gemelo. Prog Obstet Ginecol. 2011. doi:10.1016/j.pog.2011.02.010



## Experiencia con el óxido nitroso en el Hospital del mar; instauración de una alternativa para el manejo del dolor durante el trabajo de parto.



**Autoras:** Ainoa Biurrun Garrido, Carmen Sala Atienza

Matronas asistenciales en Hospital del Mar y PASSIR Litoral de Barcelona.

**Palabras clave:** Oxido nitroso, plan de parto, gestante, autonomía.

**Introducción:** El parto es un proceso doloroso y esto condiciona la actitud con la que las mujeres lo afrontan. Durante el año 2012 en el Hospital del Mar se inició la implantación del óxido nitroso en sala de partos. El uso de óxido nitroso durante el trabajo de parto se lo administra la propia usuaria durante la contracción uterina y a su vez no impide su movilidad y aumenta su intimidad.

### **Objetivos:**

- Describir los efectos farmacológicos maternos y fetales del óxido nitroso cuando se utiliza como analgesia en el parto.
- Describir la experiencia del uso del óxido nitroso en el Hospital del Mar

### **Material y método:**

Se llevo a cabo una revisión bibliográfica en al base de datos Medline, Cochrane, CINAHL y CUIDEN de estudios sobre el uso de óxido nitroso y se realizó un estudio descriptivo desde julio de 2012 hasta Abril de 2013 en el cual se cuantificaron las mujeres que han utilizado de forma voluntaria óxido nitroso durante el trabajo de parto en el Hospital del Mar.

**Resultados:** Pese a las limitaciones del estudio podemos decir que:

- Solo el 2,98 % de mujeres que parieron en el hospital del mar durante el periodo comentado, utilizaron únicamente óxido nitroso para el alivio del dolor durante el parto.

### **Conclusión:**

El óxido nitroso es una alternativa para las mujeres en el trabajo de parto debido a que produce un alivio rápido del dolor con unos efectos secundarios mínimos. Tanto solo o en combinación con terapias no farmacológicas de manejo del dolor, el óxido nitroso ofrece a las parturientas una alternativa viable a las modalidades existentes. Educar a las mujeres sobre las opciones analgésicas y su inclusión en el proceso de toma de decisiones las empodera y les permite tener más autonomía al poder decidir sobre la analgesia en el parto conduciendo probablemente en última instancia a una experiencia más satisfactoria del trabajo de parto.

## ACUPRESIÓN EN EL TRABAJO DE PARTO

M<sup>a</sup> Almudena Vázquez Nogueira<sup>1</sup>, Eva Jové Ortega<sup>2</sup>, Estefanía Cardo Juan<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Matronas: <sup>1</sup>Hospital del Mar (Barcelona), <sup>2</sup>Hospital General de Hospitalet (Barcelona), <sup>3</sup>Hospital Sant Joan de Reus (Tarragona)

### OBJETIVOS:

- Realizar una revisión bibliográfica del uso de la acupresión en el parto.
- Conocer los efectos de la acupresión en el dolor y duración del parto.
- Determinar los efectos de la acupresión sobre las náuseas y vómitos en el embarazo.
- Describir efectos secundarios del uso de la acupresión en el parto.

### MATERIAL Y MÉTODO:

Para la localización de los documentos bibliográficos se utilizaron varias fuentes documentales: libros, artículos y bases bibliográficas Cochrane, Pub Med y Cuiden, utilizando los descriptores: "embarazo", "parto", "acupresión", "acupuntura", "labor" y "delivery". Los registros obtenidos oscilaban entre 2 y 60 registros tras la combinación de diferentes palabras clave. Los artículos revisados han sido publicados entre 2004 y 2012 con muestras entre 75 y 365 mujeres.

- Utilizar presión firme en los puntos de acupresión de 2-10 min con intervalos de repetición
- Utilizar con precaución en el embarazo (si en el parto)

**NEIGUAN PC 6/P6:**  
• Aliviar náuseas y vómitos



**HEGU IG 4/LL 4:**  
• Estimula contracciones  
• Alivia dolor parto  
• Ayuda al descenso del feto por el canal del parto.  
• Etapa de expulsivo



**SANYINJIAO E-6:**  
• Facilita la dilatación  
• Estimula las contracciones  
• Facilita rotación feto  
• 1ª fase de parto



**YONGQUAN E-1:**  
• Efecto relajante y calmante durante parto  
• Se usa en la etapa de transición.



**JIANJING VB-21:**  
• Estimula la contracción  
• Ayuda en la etapa de dilatación y descenso



**CILIAO V-32:**  
• Efecto anestésico  
• Disminuye el dolor en la contracción



**PUNTO DEL GLÚTEO:**  
• Disminuye el dolor.  
• Etapa de transición.



**KUNLUN V 60:**  
• Ayuda al descenso del feto por el canal del parto  
• Facilita rotación feto  
• Fase de dilatación



**ZHIYIN V-67:**  
• Rotar presentaciones posteriores parto



**RESULTADOS:** Se han encontrado artículos recientes relacionados con diferentes técnicas de acupresión en el parto. Entre los artículos revisados, se han encontrado artículos que demuestran que el uso de la acupresión en el punto P6 no reduce la incidencia de náuseas y vómitos durante el parto. En cambio, 1 artículo demuestra que el uso de la acupresión en el punto P6 disminuye las náuseas durante el embarazo. Los estudios revisados demuestran que la acupresión disminuye el dolor y la duración del parto, como en el estudio de Hamidsadeh A. del año 2012, publicado en la revista *Midwifery Women's Health* que evalúa los efectos de la acupresión en el punto LI4 en la fase temprana del trabajo de parto (mujeres 3-4 cm de dilatación con contracciones uterinas regulares) en el cual se encontraron diferencias a los 20,60 y 120 minutos después de la acupresión; en este estudio la duración de la fase activa (3-4 cm de dilatación) y segunda fase de parto (dilatación completa al nacimiento) eran más cortos en el grupo de acupresión.

**CONCLUSIONES:** Los artículos revisados demuestran la efectividad de la acupresión para disminuir la duración y el dolor del parto, pero no muestran beneficios en cuanto al uso de la acupresión para la disminución de las náuseas y vómitos en el trabajo de parto. En ninguno de los artículos se han descrito efectos secundarios del uso de la acupresión en el parto; sin embargo es necesario realizar más estudios de investigación.

### BIBLIOGRAFÍA:

- Shahali Sh, Kashanian M. Effect of acupressure at the sanyinjiao point (SP6) on the process of active phase of labour in nulliparas women. Journal of Babel University of Medical Sciences; 2010;12(3):7-11.
- Sinha A, Paech MJ, Thew ME, Rhodes Juscombe K, Nathan E. International Journal of Obstetric Anesthesia; 2011;20(2):110-117.
- Matthews A, Downeswell T, Haas D, Doyle M, O' Mathauna D. Intervenciones para las náuseas y los vómitos en la fase temprana del embarazo. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010 Issue 9. Art No. CD007575. DOI: 10.1002/14651858.CD007575
- Hamidsadeh A, Shahpourian F, Orak RI, Montazeri AS, Khosravi A. Effects of LI4 acupressure on labor pain in the first stage of labor. | Midwifery Women's Health. 2012 Mar-Apr;57(2):133-8. doi: 10.1111
- Delma Betts. Acupressure: Alivio natural del dolor durante el parto con técnicas naturales. Como favorecer el parto natural e implicar al acompañante.



# Lactancia Materna:

## ¿Influye en las relaciones sexuales de pareja?

Autores:  
Isabel Velasco Gómez  
Elena Fernández Barriga

EIRs Matrona  
H. Lluís Alcanyis  
Xàtiva (Valencia)

### INTRODUCCIÓN:

Desde la OMS, se recomienda la LM exclusiva como la mejor forma de alimentación para el recién nacido, y a su vez, contempla la Salud Sexual como clave para el desarrollo psicoemocional.

Por eso es importante conocer de que manera influye la LM en las relaciones sexuales de pareja.

### OBJETIVO:

Conocer la influencia que tiene la lactancia materna en la vida sexual de las parejas.

### MATERIAL Y METODO:

Revisión bibliográfica en bases de datos científicas (Crochane, Datebase, etc)

### RESULTADOS:

- Los resultados se basan en 10 artículos que son principalmente observaciones descriptivos.
- Las mujeres perciben que la LM tiene un ligero impacto negativo en los aspectos fisiológicos de la sexualidad de pareja, que unida a la crianza puede ser hasta cierto punto un sustituto compensatorio de la vida sexual de pareja.
- Otros resultados sugieren que una buena relación íntima supone un beneficio psicosocial para las mujeres que amamantan.
- Los aspectos socioculturales de las relaciones sexuales de pareja pueden influir positiva o negativamente en la LM.

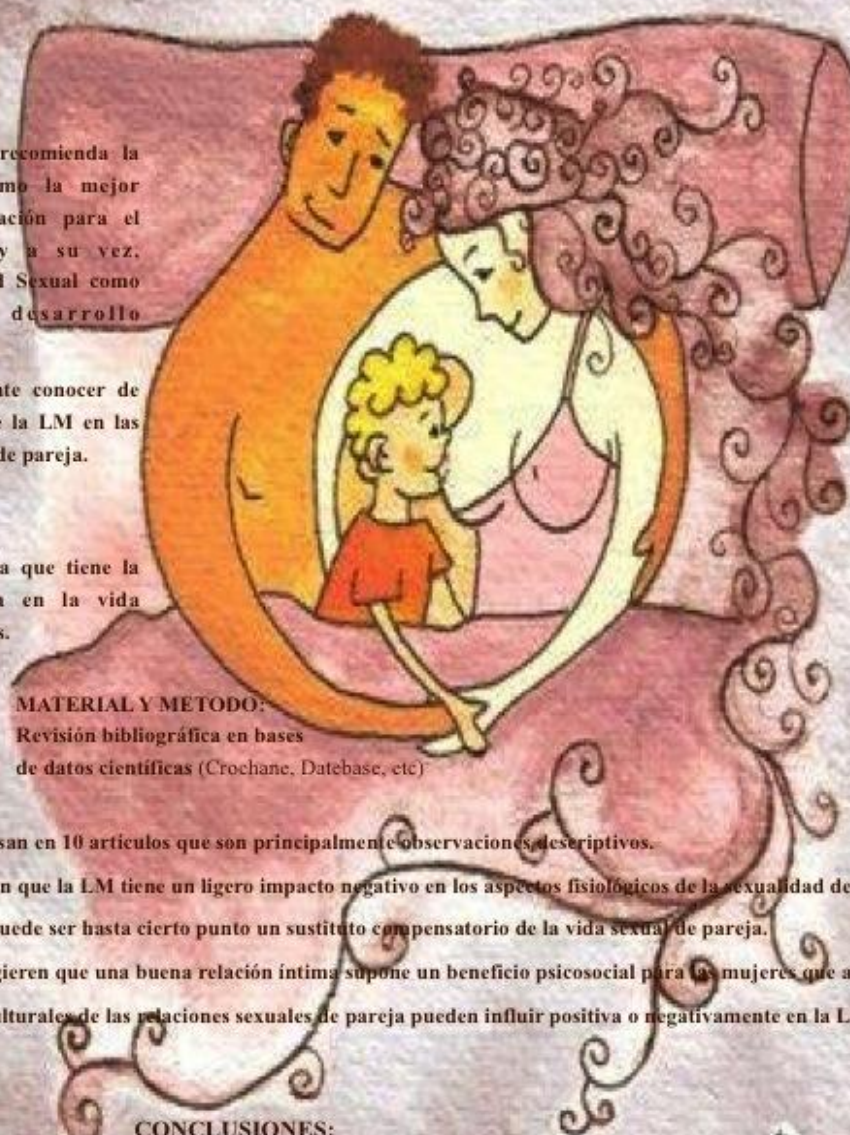
### CONCLUSIONES:

No podemos afirmar que la lactancia materna influya positiva o negativamente en la relación sexual de la pareja por la escasez de estudios encontrados.

Existen diferencias socio-culturales, como por ejemplo, la influencia de la erotización de los senos en la lactancia materna.

### DISCUSIÓN:

*Instamos a realizar estudios de mayor envergadura sobre la sexualidad de la mujer durante la LM, para poder mejorar los programas educativos.*



## EFICACIA DEL USO DEL JENGIBRE EN EL TRATAMIENTO DE NAUSEAS Y VOMITOS DEL EMBARAZO

Sancho Pérez, M<sup>a</sup> Pilar; Miguel Muñoz, Raquel; Guantes Ruiz Carolina. Hospital 12 de octubre. U.D. Matronas de Madrid

**INTRODUCCION**

Las nauseas afectan a un 70-85% de las embarazadas en el primer trimestre de gestación. La etiología es desconocida, puede haber causas hormonales, anatomicas, funcionales, metabolicas y psicologicas. El tratamiento es sintomatico. Se basa en hábitos higienico-dieteticos, trat. farmacológico y trat. no farmacológico.

**OBJETIVO**

Conocer la eficacia del jengibre como tratamiento de las nauseas y vómitos del embarazo



**MATERIAL Y METODO**

Se ha realizado una revisión bibliográfica hasta marzo del 2012 consultando las bases de datos MEDLINE, PUBMED, COCHRANE y revistas electrónicas. Se seleccionaron 17 artículos y 2 revisiones Cochrane.

**RESULTADOS**

El mecanismo de acción del jengibre no esta claro, pero parece inhibir los receptores de serotonina tipo 3 produciendo efectos antieméticos a nivel del apto. gastrointestinal y el SNC

Las dosis utilizadas en los estudios son entre 250 mg 1 g de raíz en cápsulas, tomadas 4 veces al día.

Los estudios que compararon el jengibre con placebo o con vit. B6 concluyeron que el jengibre era más eficaz para tratar las náuseas y los vómitos de las primeras semanas de gestación.	La última revisión Cochrane evaluó 27 ensayos en los que se utilizaron diferentes ttos (antihistamínicos, vit B6, acupresión, acupuntura y debendox). El uso del jengibre resultó ser útil a las mujeres, pero las pruebas de su efectividad fueron limitadas y no consistentes.	Sólo un estudio concluyó que no había clara evidencia de su eficacia.	La <i>Natural Medicines Comprehensive Database</i> (la Base Exhaustiva de Datos de Medicamentos Naturales) clasifica este producto como posiblemente eficaz para la prevención de las náuseas del embarazo	En la revisión de Guías de Práctica Clínica destaca la NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) que recomienda su uso.	En ninguno de los artículos describieron efectos secundarios graves tras la toma de jengibre ni daño al feto
--	--	---	--	--	--

**CONCLUSIONES**

Los estudios revisados tenían diferentes escalas para medir las náuseas y los vómitos, y tenían una calidad metodológica variable. No hay un consenso para el tto de las nauseas y los vómitos en el embarazo, por lo que sería necesario realizar más estudios.

**BIBLIOGRAFIA**

Lacasse A, Rey E, Ferrelle E, Morli C, Berard A. Nausea and vomiting of pregnancy: what about quality of life? BJOG. 2008;115(12): 1484-93. Medline Plus [base de datos en Internet]. Bethesda: U. S. National Library of Medicine; 2010 [acceso 20 de marzo 2012]. Disponible en: [http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/pais/1/druginfo/natural/951.htm/](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/pais/1/druginfo/natural/951.htm)

White B, Giger: An Overview. Am Fam Physician. 2007 Jun 1; 75 (11): 1689-91

Portol G, Ciang LA, Harin F-Takesi L, et al. Prospective comparative study of the safety and effectiveness of ginger for the treatment of nausea and vomiting in pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2003; 189: 1374-7

Woolhouse M. Complementary medicine for pregnancy complications. Aust Fam Physician. 2006 Sep; 35 (9):695.

Betz O, Krause P, Geldner G, Wirth H, Bierlart LH. Is ginger clinically relevant antiemetic? A systematic review of randomized controlled trials Forsch Komplementarmed Klass Naturheilkd. 2005 Feb;12(1):14-23.

Ottola JD, Hill DA. Nausea and vomiting of pregnancy. Am Fam Physician. 2003 Jul 1; 68 (1): 121-8

Jewell D, Young G. Intervenciones para las náuseas y los vómitos en la fase temprana del embarazo. En: La Biblioteca Cochrane Plus. 2008; 1:4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

Matthews A, Downwell T, Haas D, Doyle M, O'Mahonia D. Intervenciones para las náuseas y los vómitos en la fase temprana del embarazo. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010 Issue 9, Art. No.: CD007575. DOI: 10.1002/14651858.CD007575. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

Lacasse A, Rey E, Ferrelle E, Morli C, Berard A. Validity of a modified Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea (PUQE) scoring index to assess severity of nausea and vomiting of pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2008 Jan;198(1):71E-1-7.

# Reborde cervical anterior y pujo temprano ¿Compatibles?

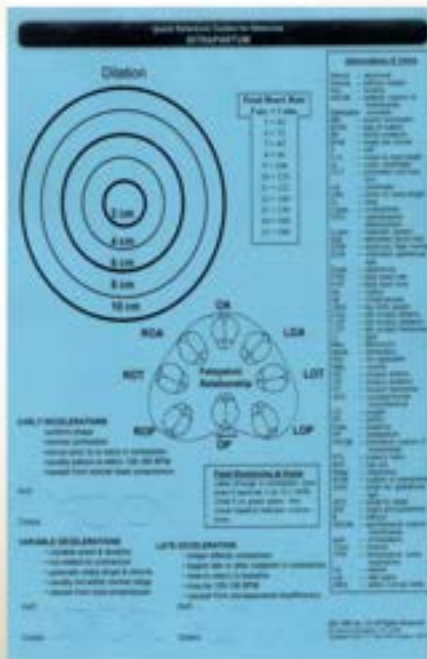
Matronas: Orellana Reyes M; Vilas Rodriguez A; Valencia Gomez E; Garcia Negrillo M

**OBJETIVO:** Revisión bibliográfica sobre la manera de actuación de la matrona ante un reborde cervical anterior persistente y el pujo persistente

**La abertura del cérvix se encuentra hacia el fondo de la vagina y durante el parto se abre hacia delante.**



La presión sobre el recto y el suelo pélvico al descender la cabeza, originan el reflejo de pujo/Ferguson



En posición OP / asinclitismo hay una presión desigual de la cabeza fetal en el cervix

**Puede pujar si no tiene dilatación completa? Simkin/Ancheta**  
**The labor progress handbook 2011**

Cuello Rígido  
 Posición OP  
 CAMBIO  
 POSICION



**Cuello elástico**  
**I plano**  
**PUJO**



## DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMALMENTE INSERTA (DPPNI): SOSPECHA Y DIAGNOSTICO

Cristina Santos Marco \*, Natalia Barrio Forné \*, Verónica Paredes Rubio \*  
 \* Matronas

### INTRODUCCION:

El abrupcio placentae o desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta (DPPNI), es la separación de la placenta de su inserción en la decidua previa a la expulsión del feto. Su presentación clínica más frecuente es en el tercer trimestre, pero puede presentarse desde el comienzo de la viabilidad fetal, desde la semana 24 o incluso desde la 20.

Es una patología importante por el gran número de morbimortalidad, pudiendo desencadenar en feto muerto, parto prematuro, muerte neonatal o incluso muerte materna.

### METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda exhaustiva en las bases de datos Pubmed, Biblioteca Cochrane, Cuiden plus... acotando los documentos encontrados a los últimos 9 años.

### RESULTADOS

EL DPPNI es una de las causas más frecuentes de hemorragia en el tercer trimestre de la gestación, asociado a una mortalidad perinatal cerca del 25% debido principalmente a la prematuridad, la anoxia y la hemorragia fetal.

Se caracteriza por la triada de hemorragia genital, dolor abdominal e hipertonia uterina (útero leñoso). La causa es desconocida, aunque hay muchos posibles factores predisponentes como hipertensión arterial materna, factores genéticos, paridad, traumatismos, hábitos tóxicos, etc.

### CONCLUSIONES

El diagnóstico es fundamentalmente clínico y puede ser de sospecha o de certeza. Las exploraciones complementarias que ayudan a certificar el desprendimiento son la monitorización fetal y la ecografía.

Según el estado maternal-fetal y del grado de desprendimiento placentario, se elegirá un tratamiento activo o conservador.

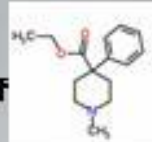


### BIBLIOGRAFÍA

Monleón Alegre J, Monleón Sancho J, Domínguez Rodríguez R, Perales Marín A, Minguéz Sanz J. Asistencia al desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta. En: Fabre González E, editor. Manual de asistencia a la patología obstétrica. Zaragoza, 1997. p.863-877.  
 García-García M, Monleón Sancho J, Haya FJ. Estudio del desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta. Otras anomalías de implantación. En: Barón Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT, editores. Fundamentos de Obstetricia (SEGO). Madrid, 2007. p.463-471.  
 Shah TT, DeFranco EA, Stamilo DM, Chang JJ, Muglia LJ. A population-based study of race-specific risk for placental abruption. BMC Pregnancy Childbirth. 2008 Sep 12;8:41.

# PRACTICA BASADA EN LA EVIDENCIA CIENTIFICA: PETIDINA EN EL PARTO

García García, M<sup>o</sup>Dolores; Pascual Pelegrina, Laura; Zapata Molina, Antonia M<sup>o</sup>



## PRACTICA BASADA EN LA EVIDENCIA

Búsqueda de evidencia científica

Contraste de la información

Surgimiento de la necesidad en la práctica

Cumple o no los requisitos

Consentimiento informado  
SIEMPRE

Realización de la técnica

## USO DE LA PETIDINA EN EL PARTO

Analgésico potente opioide  
Ajustar dosis  
Adecuar momento de administración  
Posible depresión respiratoria  
↓ del reflejo de succión,  
interferiendo con LM

Uso diario/Protocolos-guías clínicas  
Contrastar con evidencia científica  
y actuar según la misma

Tras métodos no intervencionistas  
con ayuda de la matrona, la  
mujer requiere mayor analgesia  
y descarta epidural

Faltan 4 horas para expulsivo o más  
No alergias ni contraindicaciones  
Deseo materno  
Patrón fetal reactivo

Consentimiento verbal o escrito

Administración de la droga en  
Dosis y momento adecuados

## “FOTOPROTECCIÓN DESDE EL NACIMIENTO: PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DEL DAÑO SOLAR A TRAVÉS DE LA “FOTOEDUCACIÓN”

Juana María Vázquez Lara – Luciano Rodríguez Díaz – Rocío Palomo Gómez - M<sup>a</sup>. Romeu Martínez, (Matronas)

### INTRODUCCIÓN

En el momento del nacimiento la piel no ha completado su desarrollo definitivo y difiere en algunos parámetros de la del adulto. Se produce un proceso de maduración de la piel, que incluye un descenso en el pH de la superficie cutánea; un aumento de la descamación cutánea, sobre todo a nivel facial; y un aumento de la hidratación del estrato córneo.

Pero la mayoría de los riesgos medioambientales pueden prevenirse: la mejor manera de prevenir sus efectos en la salud de los niños es reducir la exposición a estos riesgos.

La fotoprotección forma parte del decálogo contra el cáncer de la Organización Mundial de la Salud, ya que la exposición acumulada de RUV es un factor de riesgo modificable de cáncer cutáneo. Por ello, las campañas de educación en fotoprotección deben realizarse de forma global.

Los niños necesitan especial protección ya que el riesgo de sufrir efectos dañinos por exposición a los rayos UV es mayor que el de los adultos

### OBJETIVOS

- ✓ Educar a los padres para la adquisición de hábitos solares saludables
- ✓ Ampliar el conocimiento de los efectos nocivos de la radiación Ultravioleta.
- ✓ Enseñar a los padres cómo proteger a sus hijos de los efectos nocivos de las quemaduras solares

### MATERIAL

- ✓ Folletos informativos en consultas de atención primaria y en hospitales.
- ✓ Charlas informativas en la educación maternal y puerperal.

### RESULTADOS

- ✓ El cáncer de piel es uno de los tumores cuya incidencia ha aumentado más en los últimos años a nivel mundial
- ✓ El personal sanitario juega un papel fundamental en el cuidado de la piel desde la primera etapa de vida.
- ✓ No se aconseja aplicar fotoprotectores tópicos antes de los 6 meses de edad por riesgo de toxicidad y debe evitarse la exposición solar directa.
- ✓ Existen una serie de recomendaciones prácticas para la fotoprotección avaladas entre otros organismos por la OMS (“Hay que proteger a los niños de la radiación ultravioleta”)

### CONCLUSIONES

✓ Es necesario promover la fotoprotección entre los padres y, sobre todo, entre los niños mediante campañas educativas que incrementen el conocimiento de las medidas fotoprotectoras.

✓ Los mayores deben procurar que los niños estén debidamente protegidos

✓ Como matronas, tenemos en nuestros **programas de educación maternal** y en los **grupos de puerperios**, el ambiente ideal para educar desde el nacimiento en la prevención del cáncer de piel y concienciar a toda la familia de los efectos nocivos de las radiaciones solares y la forma de proteger a sus hijos recién nacidos de las mismas.

### MÉTODO

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: IBECs, LILACS, SciELO y Medes  
Palabras claves: Fotoprotector / Fotoprotección infantil / Radiación ultravioleta / Quemadura solar



### Las ESTRATEGIAS DE FOTOPROTECCIÓN de acuerdo con las guías nacionales e internacionales incluyen:

- ✓ Evitar la exposición solar, especialmente entre las 11 y las 16 horas.
- ✓ Elegir la sombra
- ✓ Cubrirse con ropas y gomos adecuados, protegiéndose ojos, rostro y cuello.
- ✓ Usar gafas de sol cerradas a los lados que den una protección de 99% a 100% contra las radiaciones ultravioletas A y B.
- ✓ En las zonas de la piel que no estén cubiertas por la ropa, untar abundantemente y renovar con frecuencia un filtro solar de amplio espectro con un factor de protección solar (FPS) de 30+.
- ✓ Protegerse del sol aunque la piel esté bronceada, porque puede quemarse
- ✓ Protegerse también en días nublados, porque la radiación UV puede atravesar las nubes.
- ✓ Evitar las camas bronceadoras: el uso de estos aparatos antes de los 35 años de edad se acompaña de un aumento de 75% del riesgo de melanoma maligno. La OMS recomienda prohibir su uso en los menores de 18 años.



# “El uso de la teoría de la salutogénesis en el proceso gestación-parto-puerperio”

Perez Botella, M., Downe, S. (2013)

**BACKGROUND:**

En el ámbito del cuidado materno postparto, se da un debate que critica la posición de primacía que se viene conferiendo al uso de la tecnología por encima del modelo social y se identifica la necesidad de un cambio radical en este paradigma (Downe y McCourt, 2008).

Unaidad y explicaciones causales y el uso de tecnologías e intervenciones médicas, tales como son habituales en el modelo tecnocrático (parte del proceso científico positivista), son insuficientes en la consecución de resultados positivos y finalmente “salud” en el proceso gestación-parto-puerperio (Davis-Floyd y Sargeant, 1997). Por el contrario, ese cuidado de bienestar encuentra la multitud de factores que afectan directa o indirectamente al bienestar de la mujer a un momento este período de su vida.

Uno de esos factores es la capacidad del individuo de generar salud mediante la utilización sus propios recursos, y una de las premisas más prominentes de la teoría de la salutogénesis.

Este aboga por un enfoque en el estudio de patologías y su cura, por otro que se centre en la delimitación de aquello que es capaz de generar salud.

En esta línea de pensamiento, el uso de dicha teoría en el cuidado de la mujer gestante-parturienta-puérpera, tiene el potencial de proporcionar el cambio paradigmático que se aboga actualmente.

**OBJETIVO:**

Establecer cuál es el uso actual de la teoría de la salutogénesis en el proceso embarazo-parto-puerperio. Este estudio es el primer paso en la incorporación de la teoría al conjunto de estrategias empleadas para mejorar la salud de la gestante-parturienta-puérpera.

**MATERIAL Y MÉTODO:**

Se realizó una revisión sistemática de la literatura y análisis temático de los resultados. Se accedieron bases de datos electrónicas en los campos de la salud y el cuidado social, usando términos predeterminados, criterios de inclusión y exclusión así como un criterio de calidad. Las bibliografías de los artículos incluidos también fueron revisadas y se consultó con expertos en el campo de la salutogénesis.

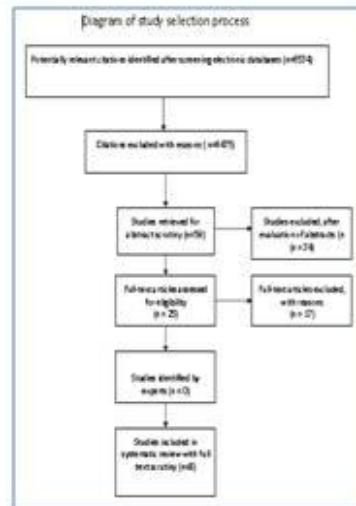
**RESULTADOS:**

Se obtuvieron 25 artículos, 8 de los cuales cumplieron los criterios de inclusión y calidad. Seis fueron investigaciones primarias, mientras que dos de ellos fueron artículos teóricos. Una gran proporción de los 17 artículos excluidos, usaron una orientación patogénica, contradictoria con los principios de la teoría de la salutogénesis. La mayoría de los artículos incluidos no usan la teoría de forma holística, sino que emplean solo algún elemento de la teoría (en su mayoría el “Sentido de la Coherencia”). Los artículos teóricos incluidos en la revisión, muestran un amplio entendimiento de la teoría y el potencial que ésta tiene en influenciar positivamente los sistemas y entornos del cuidado materno. También exploran hábilmente como la teoría podría usarse en la provisión de cuidado directo a la gestante-parturienta-puérpera.

**Salutogénesis:**

Esta teoría, desarrollada por A. Antonovsky (1979) se centra en avanzar el entendimiento de cuáles son los factores que contribuyen al mantenimiento y mejora de la salud. Este planteamiento se aleja del enfoque tradicional que busca las causas de la patología y su cura. Una importante premisa de la teoría es que estrés, caos y enfermedad, son partes inevitables de la vida, pero que la capacidad de cada individuo de afrontar estos obstáculos es lo que hace que la experiencia tenga un aspecto mayormente positivo o por el contrario, negativo. Esta habilidad de integrar esas funciones como parte de la existencia de cada individuo es lo que Antonovsky denominó “sentido de la coherencia”, que establece que aquellos individuos con unos niveles más altos, suelen encontrarse en estados más saludables que aquellos con niveles más bajos.

Eso de la teoría de la salutogénesis tiene el potencial de ayudar a entender como mejorar la experiencia de la mujer durante el periodo gestación-parto-puerperio.



**CONCLUSIONES:**

El uso de la teoría de la salutogénesis en el proceso gestación-parto-puerperio es relativamente nuevo y escaso cuando se compara con su uso en otras disciplinas.

Esta puede ser una explicación razonable de la baja calidad que poseen los artículos encontrados en cuanto al uso y aplicación que hacen de la teoría: la mayoría de los artículos sólo emplean componentes de la misma, y no siempre proporcionando un enfoque holístico de la teoría salutogénica.

Este estudio da lugar a varias recomendaciones:

Existe una necesidad de ahondar en la exploración de la teoría salutogénica en cuanto a su aplicación en el proceso gestación-parto-puerperio. Otros proyectos de investigación serían necesarios para entender cómo incrementar el “Sentido de la Coherencia”. También sería útil desarrollar un instrumento de apoyo para aquellos investigadores que deseen incorporar más holísticamente la teoría salutogénica en la práctica clínica.

## Beneficios de la placentofagia, ¿Por qué comerse la placenta?

Martín Rivera, Alexandra; del Valle Mansilla, Lidia. Hospital 12 de octubre. U.D. Matronas de Madrid

### INTRODUCCIÓN:

Estudios antropológicos confirman que la hembra de la especie humana de distintas épocas y culturas realizó la placentofagia de forma tan natural como realiza en la actualidad la lactancia materna.

Hasta ahora se pensaba que esta práctica era una forma de ocultar las pruebas del parto para evitar atraer a los depredadores. Sin embargo son cada vez más las investigaciones que apuntan a una función extrauterina esencial de la placenta. Para la ciencia, hasta el momento actual, la función placentaria del post-alumbramiento ha pasado desapercibida en el estudio de la fisiología humana del puerperio. Siendo considerada en la mayoría de los tratados de obstetricia como un simple material de desecho.

Nos proponemos conocer qué beneficios se podrían obtener de este tipo de uso de la placenta.

### OBJETIVO:

- Encontrar que beneficios reales se pueden encontrar en la práctica de la placentofagia.
- Ampliar nuestros conocimientos sobre el uso que se le ha dado histórica y culturalmente a este órgano.
- Analizar e interpretar los resultados obtenidos sobre las diversas investigaciones que se han realizado al respecto y la tendencia que llevan estas investigaciones actualmente.



### MATERIAL Y MÉTODO:

Hemos realizado un meta-análisis mediante una búsqueda bibliográfica realizada en las Bases de Datos informatizadas: Cochrane, Pubmed, Medline, Cinhal, Ovid y en diversas revistas electrónicas.

### RESULTADOS:

Existen estudios en animales placentados, en los que se ha comprobado que la ingestión durante y después del parto de la placenta y líquido amniótico contiene una serie de beneficios claros:

- Estimular la formación de leche materna debido a la presencia de lactógeno placentario, produce un incremento significativo en la producción de calostro y leche.
- Recarga férrica tras el parto tanto para el organismo materno como para el neonatal a través de la lactancia debido a su contenido en hierro.
- Disminuye el riesgo de hemorragia postparto y ayuda a la involución uterina gracias a su contenido en vitamina K, oxitocina y tromboplastina placentaria que tiene una actividad principalmente antihemorrágica.
- Aumento de la respuesta analgésica opioide debido a la actividad en placenta y líquido amniótico de POEF (Placental opioid enhancing factor), ayuda a la supresión del dolor durante el parto y postparto.

Además, la placenta humana ha tenido y tiene gran variedad de aplicaciones terapéuticas:

Durante siglos fue utilizada en la medicina herbaria china para tratar gran variedad de dolencias. Desde 1930 hasta la actualidad se usa la placenta en oftalmología para lesiones de córnea. En los años setenta se popularizó el uso de cotiledones placentarios en procesos ulcerosos dérmicos ya que favorecía el proceso de granulación y reepitelización. Y recientemente se ha descubierto que es la mayor fuente de células madre extrayéndose de la sangre y tejido de placenta y cordón umbilical.

### CONCLUSIONES:

Estudios antropológicos confirman que la hembra de la especie humana de distintas épocas y culturas realizó la placentofagia de forma natural, de hecho todavía portamos el gen de la placentofagia en nuestro genoma pero, los factores culturales han convertido esta práctica en tabú haciéndola casi inexistente exceptuando a pequeños grupos de personas que han recuperado esta experiencia.

Por ello, a pesar de que existe mucha evidencia testimonial, y de que el conocimiento actual sobre la composición bioquímica del líquido amniótico y la placenta humana nos permiten comprender que posiblemente su actividad no acabe al finalizar su misión intrauterina, es necesario realizar trabajos científicos empíricos en humanos que sustenten muchas de las ya conocidas ventajas de la ingestión de la placenta en animales. Y así poder recomendar esta práctica como matronas sin temor a prejuicios sociales, respaldadas por una sólida base científica en humanos.



### BIBLIOGRAFÍA:

- Kristal M.B.; DiPirro, J.M.; Thompson A.C. (2012). Placentophagia in humans and nonhuman mammals: Causes and consequences. *Ecology of Food and Nutrition*, 51: 177-197.
- Sánchez Suárez S. (2008). La placenta humana, sabiduría genética, instinto inteligente. *Gen-T The EuroEspes Journal*, 3: 20-26.
- Plaza Izquierdo F.; Espinoza León L.; Colmenares Arreaza G.; Plaza Rivas F. (2002). Usos de la placenta y del cordón umbilical. *Gac Méd Caracas v.110 n.2 Caracas abr.*
- Sánchez Suárez S. (2003) Estudio Bromatológico de la Placenta Humana (Master de Nutrición, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria-ULPGC).
- Kristal M. B. (1980). Placentophagia: A Biobehavioral Enigma. *Neurosci Biobehav Rev*; 4:141-150.
- Menges M. (2007). Evolutional and biological aspects of placentophagia. *Anthropol Anz. Mar*; 65(1):97-108.

## La salvaguarda del periné en el embarazo y puerperio

Sánchez Molina P, Bueno Peral A, Morera Liénez L, Escanilla Samper P, Navarro Gil C.  
Matronas Hospital de Alta Resolución del Pirineo (HARP)

**INTRODUCCIÓN:** La evidencia científica disponible muestra que la mayoría de problemas del suelo pélvico (SP) aparecen después del primer parto vaginal (PV) y que los síntomas pueden observarse ya durante la gestación. Los principales síntomas observados son la incontinencia urinaria (IU), principalmente de esfuerzo (IUE) y los prolapsos genitales.

### OBJETIVO

- Conocer las distintas técnicas de fortalecimiento del SP en el postparto.
- Informar sobre actividades educativas y preventivas a tener en cuenta desde el embarazo.

### MATERIAL Y MÉTODO

- Revisión bibliográfica en bases de datos Pubmed, Biblioteca Cochrane, Lilacs. Consulta de páginas web de Asociaciones profesionales de Salud
- Palabras Clave: Suelo Pélvico, Periné, Gimnasia Abdominal Hipopresiva, Kegel, Postparto

### RESULTADOS:

- ✓ Un E. Prospectivo de Cohortes en Cataluña 2008 en Gestantes Nulíparas sanas continentales, n=1228 concluía que la proporción de incidencia de IU en la población atribuible al parto vaginal era del 49%.
- ✓ El PV es el principal Factor de Riesgo (FR) del Prolapso Genital

### Incidencia IU atribuible a PV



### 1- Trabajo Muscular del Periné, combinando:

- **Ejercicios Kegel:** de reforzamiento de la musculatura del SP. Contracciones voluntarias de la musculatura. Mejora tonicidad y soporte. Contribuye a la prevención IU
- **Gimnasia Abdominal Hipopresiva (GAH):** desarrollada por M.Caufriez. A largo plazo, su aplicación cotidiana conduce a un aumento del tono del SP y de la faja abdominal, reduciendo de forma significativa el riesgo de IU y de descensos viscerales. Contraindicada en gestación e HTA.

- ✓ Estrategias de prevención en base a los FR



- 2- Modificar prácticas obstétricas. Se ha objetivado que la cesárea no elimina el riesgo de IU, la episiotomía no es protectora y el parto asistido aumenta la probabilidad de disfunciones del SP.

- 3- Actividades educativas en los hábitos de vida de la mujer: ejercicios que automatizan la contracción anticipada al esfuerzo (ante la tos, risa...) y practica del masaje perineal. Así como uso de conos vaginales y bolas chinas en postparto tardío.

**CONCLUSIONES:** La insuficiencia del SP es un problema de salud común y sin embargo infravalorado. El embarazo y parto aumentan su frecuencia. La prevención comprenderá tanto el **entrenamiento de la mujer** en ejercicios de tipo Kegel y GAH como la **actuación del profesional** para cambiar y/o mejorar los hábitos de riesgo en las actividades de la vida diaria de la mujer y en las prácticas hospitalarias. Dada la escasa evidencia científica disponible en la actualidad, sobre la eficacia de los ejercicios de Kegel y GAH se precisa de un mayor número de estudios y ampliación de líneas de investigación en el tema.

## SINDROME VARICOSO EN LA GESTANTE

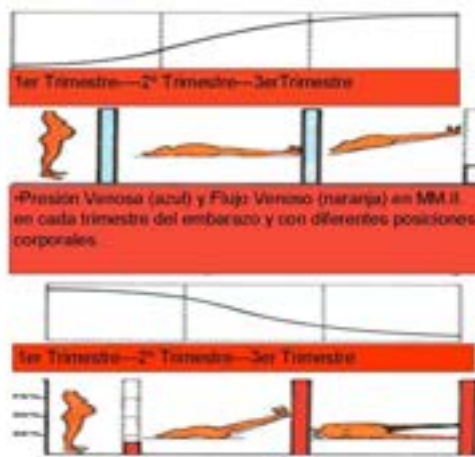
**AUTORAS:** MARI CARMEN SOBREVIELA LLOP, Enfermera, Matrona, H.U. Miguel Servet, Zaragoza, ESTEFANÍA CARDO JUAN, Matrona, Hospital Sant Joan De Reus, Tarragona, ITZIAR URRUTIA ISASI, Matrona, Clínica IMQ Zorrozaurre, Bilbao, IRIS CODINA AROZTEGUI, Matrona, H. Sant Joan de Déu, Barcelona, ALMUDENA VÁZQUEZ NOGUEIRA, Matrona, Hospital del Mar, Barcelona.

**INTRODUCCIÓN:** Es el conjunto de signos y síntomas que aparecen en la gestación como consecuencia de la insuficiencia venosa que de base, pueden presentar las gestantes y agravado por los cambios fisiológicos que se producen en este periodo, tanto a nivel mecánico como hormonal.

**OBJETIVO:** Su incidencia, manejo junto a su infraestimación, infradiagnóstico e infratratamiento, nos hace cuestionarnos el manejo terapéutico más adecuado y el rol de la matrona en el mismo.

### INCIDENCIA

80% NO SINDROME VARICOSO  
40% SINDROME VARICOSO



**METODOLOGÍA:** A raíz de un caso clínico, realizamos una revisión sistemática, planteamos nuestro papel como matronas y proponemos el manejo terapéutico y medidas higiénico-dietéticas durante la gestación, parto y postparto.

### PAPEL DE LA MATRONA: MEDIDAS HIGIENICO-DIETETICAS

### PARTO

#### GESTACIÓN

- > Evitar los periodos prolongados en bipedestación y/o sedestación.
- > Evitar calor local/exposición prolongada al sol.
- > Utilizar calzado que no comprima (tacón de amplia base y algo elevado 2-3 cm).
- > Ropa cómoda (no comprima).
- > Corregir el estreñimiento.
- > Recomendar micción frecuente.
- > Realizar ejercicios aeróbicos (nadar, caminar)
- > Ejercicios (deflexión, extensión y rotación tobillos)
- > Hidroterapia alternar agua fría/tibia, a presión.
- > Evitar la ganancia excesiva de peso.
- > Prevenir traumatismos en zonas afectas (piel hidratada)
- > En decúbito, pies elevados 15 cm por encima de la horizontal.
- > Masajes circulares y ascendente desde el talón hasta la cadera.

#### Instruir en:

- el manejo y autoadministración, si procede, de heparina subcutánea (HBPM), informando que debe suspenderla en caso de dinámica uterina o sangrado.
- en la colocación de medias de compresión elástica en gestantes con varices e índice tobillo/brazo > 0,9
- en la aplicación de masaje perineal

- > Medias elásticas
- > Deambulación/cambios posturales
- > Minimizar manipulación zona genital
- > Hidratación
- > A. Epidural no está contraindicada
- > Parto vaginal de elección
- > Soporte emocional
- > Dilatación y expulsivo preferiblemente realizarlo en decúbito lateral (alterando lo menos posible el retorno venoso)

### POSTPARTO

- > Dieta laxante si hemorroides.
- > Administración de analgesia s/p.
- > Retirar catéter epidural a las 10-12h de la última inyección de HBPM.
- > Deambulación precoz.
- > Control/observación: evolución varices/TVP (signo Homans).
- > Otros: medias compresivas, ejercicios MM.II.

### RESULTADOS

A pesar de la frecuencia e impacto de esta patología, no ha resultado difícil encontrar protocolos estandarizados y criterios unificados de actuación debido a la falta de registro de casos clínicos.

### CONCLUSIONES:

La matrona realiza el control y seguimiento gestacional y tiene un papel fundamental en la prevención, detección temprana e instauración del tratamiento multidisciplinar y de medidas higiénico-dietéticas.



## "IMPORTANCIA DE LA SALUD ORAL EN EL EMBARAZO"



Autoras: Hernández Rabal María, Gallego Molina Jéssica. Distrito Sanitario Costa del Sol.

### INTRODUCCIÓN

•Las enfermedades dentales pueden constituir un problema en la paciente embarazada que puede disminuirse con la aplicación de medidas preventivas y curativas.



### OBJETIVOS

- Concienciar a los profesionales sanitarios y a la población gestante de la importancia de la salud oral.
- Actualizar los conocimientos de los profesionales sobre los principales problemas orales del embarazo.
- Informar sobre las medidas preventivas para evitar o minimizar estos problemas.

### MÉTODO

- Revisión bibliográfica en bases de datos de Ciencias de la Salud: Scielo, Pubmed, Medline y Revisiones Cochrane.

### ATENCIÓN ODONTOLÓGICA POR TRIMESTRE

PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE
Control de placa. Instrucciones de higiene oral. Profilaxis y curetajes simples. Tratamiento de emergencias.	Control de placa. Instrucciones de higiene oral. Profilaxis y curetajes simples. Tratamiento dental de rutina.	Control de placa. Instrucciones de higiene oral. Profilaxis y curetajes simples. Tratamiento de emergencias.

### RESULTADOS

- Factores de riesgo de la enfermedad periodontal son = factores de riesgo en la gestación.
- Se cuestiona la relación entre enfermedad periodontal y complicaciones en el embarazo.
- El control de las enfermedades orales ↓ la transmisión de bacterias de la madre al RN.
- La ansiedad ↓ durante el embarazo planificar citas más cortas, la comodidad es fundamental, la posición de elección es la semisentada. (3º trimestre colocar un cojín debajo de la cadera, para evitar el síndrome de hipotensión supina)
- El 2º trimestre es el de elección para cualquier tratamiento.
- El agente de sedación de elección en el embarazo es el óxido nitroso.
- El examen radiológico dental tiene una exposición muy baja a la radiación.

### CONCLUSIONES

- La prevención es necesaria para un ambiente oral sano.
- Existen muchos mitos en relación con el embarazo y la salud oral.
- Los cuidados periodontales pueden suministrarse durante el embarazo dado su eficacia y seguridad probada.



#### BIBLIOGRAFÍA

- Fernández OM, Chávez MG. Atención odontológica en la mujer embarazada. Arch Inv Mat Inf. 2010; 11 (2):80-84.
- Michalowicz BS, Diangelis AJ, Novak MJ et al. Examining the safety of dental treatment in pregnant women. J Am Dent Assoc. 2008; 139: 685-689.
- Becker DE, Rosenberg M. Nitrous Oxide and the Inhalation Anesthetics. Anesth Program. 2008; 55: 124-131.
- Berkowitz RJ. Acquisition and transmission of mutans streptococci. J Cal Dent Assoc. 2003; 31:135-138.

# SALUD SEXUAL EN EL CLIMATERIO: PAPEL DE LA MATRONA

**Autores:** Castro Rodríguez E, Gallardo Trujillo C.  
**Centro de Salud Montequinto. Sevilla**

## Objetivos:

- Conocer las características de la salud sexual durante el climaterio.
- Describir la actuación de la matrona.

## Método:



«Sexuality»  
«Climateric»  
«Education»



## Resultados:

- ↓ Estrógenos: deficiente lubricación vagina, atrofia mucosa y dispareunia
- ↓ Andrógenos: motivación sexual y congestión vascular
- Cambios físicos y psico-sexuales: ↓ Autoestima y deseo sexual



- Visión positiva respecto a actitudes, emociones y deseos
- Masturbación, masaje terapéutico
- Ejercicio Kegel, actividad física general

Desmedicalizando  
el climaterio

## Conclusiones

- ✓ La matrona debe desempeñar un papel importante en la sexualidad en el climaterio, desde una perspectiva bio-psico-social.
- ✓ Andalucía carece de programas dirigidos a la mujer en el climaterio, estando el papel de la matrona poco desarrollado y establecido en este ámbito.

## MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE PARTO PREMATURO Y ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (Test de detección de PAMG-1)\* (Alfa 1 microglubulina placentaria)

Juana María Vázquez Lara – Luciano Rodríguez Díaz – Rocio Palomo Gómez - M<sup>a</sup>. Romeno Martínez  
(Matronas)

### INTRODUCCIÓN

Hoy en día tener métodos diagnósticos rápido de RPM y parto prematuro nos permite evitar falsos ingresos y darnos seguridad tanto a los profesionales sanitarios como a la propia mujer, así como evitar complicaciones.

### OBJETIVOS

- Conocer las competencias de la matrona en el diagnóstico gestantes pretermino y en la Rotura Prematura de Membranas.
- Identificar el método más eficaz y optimo para diagnosticar el parto pretermino y la Rotura Prematura de Membranas.

### METODOLOGÍA

La metodología que vamos utilizar es una revisión sistemática en pubmed, Cochrane, guideline... así como protocolos de actualizados como el de la SEGO 2012, donde resaltaremos el valor de la matrona en la identificación de la Rotura Prematura de membranas y el parto prematuro y los métodos más eficaces.

### RESULTADOS

Resaltar que tras revisar toda la bibliografía actual, los últimos estudios del 2011 y 2012, establece que el test de de PAMG-1 para detectar la rotura de bolsa y el parto prematuro son herramientas útiles para diagnosticar a mujeres de alto riesgo de rotura prematura de membranas y parto pretermino. Son test muy fiables y no invasivos.

### CONCLUSIONES

Entre los aspectos que debemos valorar es la sensibilidad y especificidad con respecto a otros métodos, así como el coste-beneficio del mismo al poder realizarse un diagnóstico rápido y fiable en atención primaria, así como las competencias de las matronas en las gestantes pretermino y en el diagnóstico de la rotura prematura de membranas.



## INICIATIVA CENTRO DE SALUD IHAN

Autora: Verónica BLANCO GIMENO  
Matrona Área. Gerencia S. BARBASTRO

### OBJETIVO GENERAL :

Conseguir acreditación y recibir galardón de la IHAN.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Documentar a los componentes del Equipo de Atención Primaria (EAP) mediante:

- ✘ Normativa de lactancia materna( L.M ) escrita.
- ✘ Plan de Formación para el personal sanitario.
- ✘ Fomentar la colaboración del EAP con la Comunidad a través de los talleres de lactancia y grupos de apoyo

### INTRODUCCION

Los profesionales del EAP sabemos que L.M es el mejor regalo que una madre le puede dar a su hijo y que las madres tienen el derecho a decidir en base a información clara e imparcial sobre el tipo de alimentación que le darán a sus hijos.

### MATERIAL

- ✘ Normativa de L.M para Centros de Salud IHAN.
- ✘ Encuesta de Prevalencia ( telefónica o presencial ) para obtener datos de L.M
- ✘ Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la L.M.

### METODO

Aplicar las fases de la iniciativa "4D"

1. Descubrimiento 2. Desarrollo 3. Difusión 4. Designación

### RESULTADOS

1. Tasa de L.M exclusiva en R.N de 0 a 15 días
2. Tasa L.M exclusiva antes de los 6 meses.
3. Tasa L.M continua al año de vida.
4. Tasa L.M continua a los 2 años.
5. Tasa Introducción de alimentos sólidos/ semisólidos.



### CONCLUSIONES

Si se comprueba mejoría en las tasas de prevalencia y son aprobados los documentos enviados por el C.S se obtendrá la acreditación de la IHAN.



## Acompañando el dolor. Muerte fetal



- **Objetivo:** Concienciar a las profesionales de la importancia de su rol como matrona, en el proceso de pérdida fetal
- **Método:** Revisión bibliográfica de 10 textos y artículos
- **Resultados:** La muerte fetal es experimentada como una muerte repentina, e inesperada y supone un desafío para el personal sanitario.
- Este sentimiento de horror y desesperación se agrava debido a la apropiada percepción de la sociedad sobre el embarazo y el nacimiento. Éste es visto únicamente con connotaciones positivas y nunca se contempla la posibilidad de ese final inesperado. Y por ello, cuando se da la muerte fetal, se traduce en pacientes, familiares y personal sanitario en un sentimiento de "error"
- Las matronas deben tener conocimiento sobre el proceso de duelo, y deben poner en práctica los siguientes puntos: desarrollar técnicas correctas de comunicación, informar a la mujer de todo lo que suceda, obtener consentimiento informado antes de cualquier acción, dar la oportunidad de mostrar el dolor, crear un buen registro del proceso, rellenar todos los documentos necesarios, asumir nuestras limitaciones, y al mismo tiempo nuestra responsabilidad
- **Conclusión:** Se determina la importancia de formar a las matronas dentro de su especialidad, para tener herramientas suficientes con las que ayudar a sus pacientes y familiares ante situaciones de muerte fetal y dolor. Asimismo, deberían tener conciencia de la realidad inevitable de enfrentarse a este tipo de situaciones y deberían estar formadas psicológicamente para poderse enfrentar a ellas a lo largo de su carrera profesional

**AUTORES:** Julia Pascual Mayor ; Pilar Olmedo Gómez

## CREANDO SEGURIDAD EN EL PARTO

### OBJETIVO:

**Asegurar el buen funcionamiento del aparataje y prever cualquier anomalía en la zona de trabajo. Asegurar el material adecuado y necesario para completar con éxito el proceso del parto eutócico o instrumental.**

#### CHEK-LIST SALAS DE DILATACION/PARITORIO

Identificación nº	Fecha: ___/___/___	Turno: Matutino Tarde Noche	
Se requiere que los procedimientos sean supervisados. Si es necesario alguna corrección se anotará en el apartado "O" con error", y se pondrá en conocimiento del servicio implicado y de su supervisor. Anotar en el campo de "Observaciones", nombre y apellido de los profesionales que realicen la verificación o el control de la sala Dilatación/Parto.			
ERRORES FUNDAMENTALES		SI	NO
<b>Antes del Procedimiento: Datos Estructurales</b>			
Cama técnica adecuada			
Sistema Succión			
Sistema Succión			
Estado de agua (presión, potencia, nivel) y			
Reserva de agua Succión			
Instrumental necesario para el parto (pueden ser varios)			
Material Succión (cable, aspiración adulta, X. 2, o otros)			
Si lo usamos así			
Cables, estrobiscleros 2 - 5.2 - 6 - 6.8			
<b>Antes del Procedimiento: Datos del paciente</b>			
Identificación de la madre (nombre, número)			
Características documentadas (presión, Ritmo, Frecu. NRP)			
Revisión del historial clínico			
Características documentadas (Frecu. y Duración NRP)			
<b>Después del Procedimiento</b>			
Revisión al campo antes de salir al trabajo de parto			
Identificación de la madre (nombre, número, número de)			
Revisión de valores vital de madre (Frecu. y Ritmo)			
Revisión de valores vital de bebé (Frecu. y Ritmo)			
Revisión de valores vital de bebé (Frecu. y Ritmo)			
Revisión de valores vital de bebé (Frecu. y Ritmo)			
Revisión de valores vital de bebé (Frecu. y Ritmo)			
Revisión de valores vital de bebé (Frecu. y Ritmo)			
Revisión de valores vital de bebé (Frecu. y Ritmo)			
Revisión de valores vital de bebé (Frecu. y Ritmo)			
Revisión de valores vital de bebé (Frecu. y Ritmo)			
Revisión de valores vital de bebé (Frecu. y Ritmo)			

### METODOLOGÍA:

Al ingreso de la mujer gestante en la unidad de Dilatación / Paritorio se hace verificación de los datos de la paciente, datos estructurales antes y después del proceso del parto. Garantizando así la seguridad de la paciente en todo el proceso del parto.

Los datos recogidos se registran en el formulario de CHECK-LIST en el sistema informático "SELENE".

### CONCLUSION:

**Al realizar la revisión protocolizada de dilatación/paritorio con antelación al parto se evitan imprevistos innecesarios y se evitan errores.**

**NOMBRAMIENTO “MATRONA HONORIFICA”**

LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS



concede el  
**NOMBRAMIENTO**  
de

**MATRONA HONORÍFICA**

a  
**D. JUAN LUIS ARSUAGA FERRERAS**

en reconocimiento a sus méritos probados a lo largo de su carrera profesional y en especial, por su importante contribución a la biomecánica del parto.

En Zaragoza, a Seis de Junio de 2013

M<sup>a</sup> Angeles Rodríguez Rozalen  
Presidenta de la AEM



## **ABSTRACT CONGRESO**

**EDITADO POR LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE MATRONAS**

Este libro recoge integra y fielmente los resúmenes de las comunicaciones orales y las imágenes de los pósteres seleccionadas .

La Organización no se hace responsable de las opiniones expresadas en ellos ni de su contenido .