

10 AÑOS DESPUES DE "LA CARTA DE MADRID " (2005)

SEMINARIO INTERNACIONAL PARA MATRONAS



Madrid 22, 23, 24 de octubre de 2015

INFORMACIÓN: www.aesmatronas.com

SECRETARIA TÉCNICA: ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS
TELEFAX: 91 5010509 AVDA. MENÉNDEZ PELAYO, 93, 3º 28007 MADRID.
(HORARIO 9:30 a13:30)

Mail: matronas@asociacion-nacional.com

SECRETARIA CIENTIFICA: seminariomatroas2015@gmail.com



Acreditado con
2,7 créditos

PROGRAMA OFICIAL

CARTA DE LA PRESIDENTA

La Asociación Española de Matronas trabaja por la salud de las mujeres hace más de 35 años, abordando con todas las Administraciones la necesidad de implantar un modelo asistencial adecuado al proceso de parto y nacimiento. Por esta razón se han celebrado ya dos ediciones de éste Seminario monográfico sobre la atención al parto normal.

El objetivo del III Seminario Internacional para Matronas es analizar los efectos que han tenido las propuestas del Documento de consenso que se firmó durante la celebración del I-Seminario Internacional para Matronas llamado “La Carta de Madrid” 2005 y la intervención posterior del Observatorio de la Mujer del Ministerio de Sanidad, a través del Documento de Estrategia de Atención al Parto Normal 2008.

Los profesionales de la Asistencia al Parto y Nacimiento estamos obligados a averiguar se ha producido un cambio sustancialmente positivo con la adopción del nuevo modelo asistencial en la atención al parto de bajo riesgo en los hospitales del Sistema Nacional de Salud, o por el contrario, si no ha sido así, explorar y tomar conciencia de las dificultades que lo impiden.

Por otra parte, creemos interesante la revisión de las Recomendaciones de la OMS que marcan los objetivos a conseguir en este asunto, para ratificar su vigencia e idoneidad en el caso particular de las mujeres españolas.

Asociación Española de Matronas



III SEMINARIO INTERNACIONAL

PARA MATRONAS. Madrid, 22, 23 y 24 de Octubre 2015

COMITÉ ORGANIZADOR

SECRETARIA

D^a. Vega Ortiz García. Madrid.

VOCALES

D^a. Andrea Herrero Reyes. Madrid.

D^a. Isabel Manzano Alonso. Cáceres.

D^a. Joaquín Maíz Gálvez. Madrid.

D^a. Pilar Medina Adán. Madrid.

D^a. Sofía Gótor Colas. Zaragoza.

D^a. Charo Sánchez Garzón. Madrid.

COMITÉ CIENTÍFICO

PRESIDENTA

Rosa M^a Plata Quintanilla. Santander.

VOCALES

María Isabel Castello López. Valencia.

Carmen Molinero Fraguas. Madrid.

Lola Viñas Álvarez. Santiago.

Ana Martínez Molina. Valencia.

Mayte del Hierro Gurruchaga. Bilbao.

DIRECTORA DEL III SEMINARIO INTERNACIONAL PARA MATRONAS.

D^a. M^a Ángeles Rodríguez Rozalén

ORGANIZA:

A.E.M.

(Asociación Española de Matronas)

www.aesmatronas.com

JUEVES. 22 DE OCTUBRE DE 2014

HORA	ACTIVIDAD	MODERAN
16:00h.	COMUNICACIONES	
16:00h.	LA CESÁREA, NUNCA UN IMPEDIMENTO. Navalón Catalá G., Ballester Llopis A., Belda Pérez, A. <i>Hospital de la Ribera. Alzira (Valencia).</i>	
16:10h.	APRENDE JUGANDO CON MATERNITY GAME, EL JUEGO DE LA MATERNIDAD. García Ogando S., Rueda Navarro S., Barea Montemayor L., Vázquez Lara J.M., Rodríguez Díaz L., Pérez Marín S. <i>Unidad Docente de Matronas (Ceuta)</i>	
16:20h.	EPISIOTOMÍA RESTRICTIVA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA (ALZIRA, VALENCIA). Abarca Cañada E., García Barba I., Camacho Morell F., López Simó A. <i>Hospital Universitario La Ribera (Alzira, Valencia).</i>	Dña. Ana Martínez Molina. <i>Matrona. Historiadora.</i> <i>Valencia.</i>
16:30h.	BUSCANDO EL CUIDADO EXCELENTE: MEJORA DEL CONTACTO PIEL CON PIEL EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO GRANADA. Gutiérrez Martínez M ^a M., Riquelme Raya R., Díaz Goicoechea M., Ávila Pérez M.J. <i>Hospital Uniersitario (CHUG) (Granada)</i>	Dña. Pilar Medina Adán. <i>Matrona.</i> <i>Madrid.</i>
16:40h.	ACTITUDES DE LAS GESTANTES ANTE EL PARTO EN UN DEPARTAMENTO BÁSICO DE SALUD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA. Torres Martínez, J.A. <i>Hospital Lluís Alcanyis de Xàtiva(Valencia)</i>	
	RUEGOS Y PREGUNTAS	
17:00h.	ACTO INAUGURAL OFICIAL DEL III SEMINARIO INTERNACIONAL PARA MATRONAS	

HORA	ACTIVIDAD	MODERAN
17:20h.	CONFERENCIA INAUGURAL: EVOLUCIÓN DEL MODELO ASISTENCIAL OBSTÉTRICO EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS. Dña. M ^a Angeles Rodríguez Rozalén. Matrona.	
18:00h.	PAUSA CAFÉ	
MESA 1: "REVISIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE CAMBIO EN LA MODELO ASISTENCIAL EN LOS SERVICIOS OBSTÉTRICOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD."		
18:20h.	RECOMENDACIONES Y REALIDAD SOBRE CONTROL DE EMBARAZO. Dra. Coral Bravo Arribas. Adjunta Servicio Ginecología y Obstetricia. <i>Hospital Gómez Ulla.</i>	Dña. Carmen Molinero <i>Fragüas. Matrona.</i> <i>Profesora UD de Madrid</i> Dña. Rosa M^a Plata Quintanilla. <i>Matrona.</i> <i>Profesora UD. Santander.</i>
18:40h.	RECOMENDACIONES Y REALIDAD SOBRE ATENCIÓN AL PERIODO DE DILATACIÓN. Dra. Cristina Sánchez Rojo. Adjunta Servicio Ginecología y Obstetricia. <i>Hospital Gómez Ulla.</i>	
19:00h.	RECOMENDACIONES Y REALIDAD SOBRE LA ATENCIÓN AL PERIODO EXPULSIVO. Dra. Puerto García Anaya. Adjunta Servicio Ginecología y Obstetricia. <i>Hospital Gómez Ulla.</i>	
MESA DEBATE: Dña. Caty Cediel Altares. <i>Matrona Supervisora del Hospital de Alcorcón.</i> Dña. M ^a José García Rodríguez. <i>Matrona Supervisora de Area del Hospital "12 de Octubre".</i> Dña. Pilar Maíz García. <i>Matrona Supervisora del Hospital de Torrejón.</i> Dña. Consuelo Soto Lucia. <i>Matrona Supervisora del Hospital Gregorio Marañón.</i> D. Alberto Ortega. <i>Abogado.</i>		
20:10h.	COCKTAIL DE BIENVENIDA	

VIERNES. 23 DE OCTUBRE DE 2014 – MAÑANA

HORA	ACTIVIDAD	MODERAN
DEFENSA DE POSTERES		
09:00h.	<p>CONSUMO DE ALCOHOL DURANTE LA GESTACIÓN: ¿0.0?. Martínez Galán P., Martín Gallardo E. <i>Hospital "Virgen de la Salud" (Toledo)</i></p>	
09:05h.	<p>ACTUALIZACIÓN EN EL USO DE TERAPIAS ALTERNATIVAS PARA AUMENTAR LA INCIDENCIA DE FERTILIDAD FEMENINA Y MASCULINA. Gilart Cantizano P., Palomo Gómez R., Gómez Losada P., Rodríguez Díaz L., Vázquez Lara J.M. <i>Hospital Quirón "Campo de Gibraltar (Cádiz)</i></p>	
09:10h.	<p>PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD: SUELO PÉLVICO EN EL POSTPARTO. Gómez de Cos M., Martín Fontecha M^o T., González Robles L., Rodríguez Puente Z., Casamitjana Giraldo T., Castrillón Chamadoira L. <i>Hospital Cabueñes, Gijón (Asturias)</i></p>	<p>Dña. Mayte del Hierro Gurruchaga. <i>Matrona. Profesora de la UD. De Lejona. (Bilbao)</i></p>
09:15h.	<p>ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA EFICACIA DEL CURSOS DE REANIMACIÓN NEONATAL ORGANIZADO EN QUIRÓN MALAGA MATRONAS Y DUES". Rodríguez Díaz L., De Dios Pérez M.I, Corcuera Ortiz De Guzmán L., Vázquez Lara J.M. <i>Hospital Universitario (Ceuta)</i></p>	<p>Dña. Dolores Viñas Álvarez. <i>Matrona. Madrid</i></p>
09:20h.	<p>RECOMENDACIONES SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE EL EMBARAZO. Miriam Orellana Reyes. <i>Hospital General de la Palma (Sta. Cruz de Tenerife)</i></p>	
09:25h.	<p>USO DE LA BUSCAPINA ¿PLACEBO?. Martín Gallardo E., Martínez Galán P. <i>Hospital "Nuestra Señora del Prado", Talavera de la Reina(Toledo)</i></p>	
09:30h.	<p>SEXUALIDAD FEMENINA EN EL POSTPARTO: REVISIÓN. González Robles L., Gómez de Cos M., Martínez Raposo P., González del Barrio V., Martín Fontecha T., García Mazón M. <i>Hospital San Agustín, Avilés (Asturias).</i></p>	

HORA	ACTIVIDAD	MODERAN
09:35h.	<p>JENGIBRE: TRATAMIENTO ALTERNATIVO PARA EL MANEJO DE LAS NÁUSEAS Y VÓMITOS EN EL EMBARAZO. Gaspar López N., Tortosa Izquierdo S. <i>Hospital de la Ribera, Alzira (Valencia)</i></p>	
	RUEGOS Y PREGUNTAS	
MESA 2:		
10:00h.	<p>RECOMENDACIONES Y REALIDAD SOBRE INICIO PRECOZ DE LA LACTANCIA MATERNA. Dra. Ana Pomares Puerto. <i>Adjunta Servicio Ginecología y Obstetricia. Hospital Gómez Ulla.</i></p>	<p>Dr. Pedro Castro Martínez Obstetra. <i>Hospital Gómez Ulla.</i></p> <p>Dña. Isabel Manzano Alonso. Matrona. Presidenta APMEX. Secretaria General de SIMAES (Sindicato de matronas de España)</p>
	<p>NUEVAS INDICACIONES SOBRE INDUCCIÓN DEL PARTO. Dr. Manuel Albi. Madrid. <i>Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital de Alcorcón.</i></p>	
	DEBATE	
11:00h.	PAUSA CAFÉ	
11:30h.	<p>CRIBADO PRENATAL NO INVASIVO EL NUEVO ABORDAJE DEL DIAGNÓSTICO PRENATAL. Dr. Javier Suela Rubio. <i>Biología Molecular. Secretario de AEDP</i></p>	
12:00h.	<p>LAS CAUSAS DE ESTRÉS EN EL TRABAJO DE LAS MATRONAS EN UN HOSPITAL. Dña. María Fontán y Dña Andrea Herrero. <i>Hospital Gómez Ulla. Madrid.</i></p>	<p>Dña. Sofia Gótor Colas. Presidenta Asociación Matronas de Aragón.</p> <p>Dña. Rosa Mª Plata Quintanilla. AEM</p>
12:00h.	<p>IMPORTANCIA DEL NUEVO PERFIL ACTITUDINAL DE LAS MUJERES PARA EL DESARROLLO DEL PROCESO DE EMBARAZO Y PARTO. Dña. Isabel Castello. <i>Matrona. Psicóloga. Profesora UD. Valencia</i></p>	
	DEBATE	
13:20h.	PAUSA ALMUERZO DE TRABAJO	

VIERNES, 23 DE OCTUBRE DE 2014 – TARDE

HORA	ACTIVIDAD	MODERAN
16:00h.	REPERCUSIONES EN LA SALUD POR LA ALTERACIÓN DEL SUEÑO EN LAS MATRONAS. D. Tomás Zamora. <i>Responsable de innovación del ESCI: European Sleep Care Institute).</i>	Dña. Concepción Calle Porras. <i>APMEX</i> Dña. Andrea Herreros Reyes. <i>Matrona. Madrid</i>
	RUEGOS Y PREGUNTAS	
16:30h.	“EL PAPEL DE LA CERVEZA EN LAS DISTINTAS ETAPAS DE LA VIDA DE LA MUJER”. Dr. Tirso Perez Medina. <i>Vicepresidente SEGO</i>	
	RUEGOS Y PREGUNTAS	
17:10h.	PAUSA CAFÉ	
MESA 3		
17:30h.	ACTUALIDAD SOBRE PLANES DE PARTO. Dña. Lucia Moya. <i>Matrona. Hospital “Gregorio Marañón”. Madrid</i>	Dña. Isabel Castello López. <i>Matrona. Vocal CECOVA.</i> Dña. Mª Angeles Rodríguez Rozalén. <i>Matrona.</i>
18:00h.	ACTUALIDAD EN RECOMENDACIONES SOBRE EPISIOTOMÍA RESTRICTIVA. Dña. Pilar Medina. <i>Matrona. Madrid.</i>	
18:30h.	TODAS LAS RECOMENDACIONES DE LA OMS, ¿SON EXTRAPOLABLES Y VIGENTES PARA ESPAÑA?. Dña. Rosa Mª Plata. <i>Matrona. U.D. Santander.</i>	
19:10h.	TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS PARA EL DOLOR EN EL PARTO. Dr. Ignacio Ruíz de la Hermosa. <i>Hospital Gómez Ulla</i>	
	DABATE	

SÁBADO, 24 DE OCTUBRE DE 2014

HORA	ACTIVIDAD	MODERAN
	DEFENSA DE POSTERES	
09:00h.	APLICACIÓN DEL MINFDfulness EN EL TRABAJO PSICODINÁMICO DEL PROCESO DE EMBARAZO Y PARTO. Murillo Molina M., Murillo Monterroso A., Allueva Monterroso M., Monterroso Moreno E. <i>ASSIR Camp de Tarragona.</i>	
09:05h.	EL TRABAJO NOCTURNO DE LAS MATRONAS/ENFERMERAS Y CALIDAD DE VIDA GLOBAL: INFLUENCIA EN EL ÁMBITO FÍSICO, PSÍQUICO Y SOCIAL. Murillo Molina M., Murillo Monterroso A., Allueva Monterroso M., Monterroso Moreno E. <i>Tarragona.</i>	
09:10h.	REVISIÓN SISTEMÁTICA DE ESTUDIOS SOBRE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN MUJERES CLIMATÉRICAS ESPAÑOLAS. Martínez Raposo P., González del Barrio V. <i>H. Universitario de Araba, Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz (Álava)</i>	Dña. Rosario Sánchez Garzón. <i>Matrona.</i> <i>Madrid.</i>
09:15h.	ALIVIAR EL DOLOR EN EL PROCESO DEL PARTO: USO DEL ÓXIDO NITROSO. Calvente Gómez M.I., Gaspar López N. <i>Hospital de la Ribera, Alzira (Valencia)</i>	Dña. Vega Ortiz García. <i>Matrona</i>
09:20h.	PRÓTESIS MAMARIAS Y LACTANCIA MATERNA. Hernández Álvarez S.A., Sánchez Prada R., Villar Gabernet J. <i>Hospital Fundación Salut Empordà, Figueras (Tarragona)</i>	
09:25h.	PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD ORIENTADO A EMBARAZADAS CON DIABETES GESTACIONAL. Díaz Lozano P., De Dios Pérez M ^a I., Isabel, Rojas Carmona B. <i>Unidad Docente Matronas (Ceuta)</i>	

SÁBADO. 24 DE OCTUBRE DE 2014

HORA	ACTIVIDAD	MODERAN
09:30h.	REVISIÓN DE EVIDENCIAS DE LA INTERVENCIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN LA ATENCIÓN DEL DUELO TRAS UNA MUERTE FETAL TARDÍA. González del Barrio V., Martínez Raposo P. <i>Hospital Universitario (HUBU).(Burgos)</i>	
09:35h.	CONTROL NATURAL: UNA NUEVA FORMA DE CONTROLAR TU FERTILIDAD. Martín Fontecha M ^a T., Gómez De Cos M., González Robles L., Casamitjana Giraldo T., Castrillón Chamadoira L., Rodríguez Puente Z. <i>Hospital Cabueñes, Gijón (Asturias)</i>	Dña. Rosario Sánchez Garzón. <i>Matrona.</i> <i>Madrid.</i>
	RUEGOS Y PREGUNTAS	
ESPACIO ONGS		
10:00h.	STAND UP FOR AFRICAN MOTHERS. Dña. Auxiliadora Reula Arasanz. <i>Directora de la Fundación AMREF Flying Doctors</i> Dña. Josefa Jiménez Calero. <i>Matrona</i>	Dña. Vega Ortiz García. <i>Matrona</i>
10:30	PROGRAMAS ACTUALES DE MÉDICOS SIN FRONTERAS. Dña. Nele Segers. <i>Matrona</i> <i>Referente técnica de Salud Sexual y Reproductiva</i>	
11:00h.	PAUSA CAFÉ	

HORA	ACTIVIDAD	MODERAN
MESA 4		
11:30h	<p>EVOLUCIÓN DEL MODELO OBSTÉTRICO ASISTENCIAL EN INGLATERRA. SIMILITUDES CON EL MODELO ESPAÑOL.</p> <p>Dña. Lucía Rocca-Ihenacho. <i>Consultant Midwife for Public Health London</i></p>	<p>Dña. Marta Bernardez Carbón. <i>Presidenta de la Asociación Gallega de Matronas.</i></p> <p>Dña. Montserrat Ángulo Perea. <i>Matrona. Vicepresidenta del Colegio de Enfermería de Alicante.</i></p>
	RUEGOS Y PREGUNTAS	
12:20h	<p>OSTEOPATÍA APLICADA EN EMBARAZO Y PARTO. TEÓRICO PRÁCTICO.</p> <p>D. Raúl Guzmán. <i>Osteópata. Jefe de Servicio Clínica VASS. Madrid.</i></p>	
13:40h.	<p>PRESENTACIÓN DE LA NUEVA JUNTA EJECUTIVA DE LA AEM.</p> <p>M^a Angeles Rodríguez Rozalén. <i>Presidenta Fundadora.</i></p>	
	<p>PRESENTACIÓN DEL SIMAES (SINDICATO DE MATRONAS).</p> <p>Isabel Manzano Alonso. <i>Secretaria General</i></p>	
	PRESENTACIÓN DEL XVIII CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS	
CLAUSURA DEL SEMINARIO		

ENTIDADES Y EMPRESAS PARTICIPANTES:

Mi bebé y yo



centro de información
**CERVEZA
y SALUD**

PELVImax



ORGANIZA:

A.E.M.

(Asociación Española de Matronas)
www.aesmatronas.com

LA CESÁREA NUNCA UN IMPEDIMENTO

*Autoras: Gloria Navalón Catalá, Amparo Ballester Llopis, Ada Belda Pérez.
Hospital de la Ribera. Alzira (Valencia)*

ANTECEDENTES

La Guía NICE, la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad y Consumo y la Guía de Estrategia al Parto Normal de la Comunidad Valenciana, entre otros documentos de consenso, concluyen que el contacto piel con piel (CPP) es beneficioso para el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna (LM). Asimismo, recomiendan iniciar el CPP inmediatamente después del parto, ya sea vaginal o mediante cesárea.

En nuestro hospital en enero de 2014 se implanta el puerperio Inmediato tras cesárea en el paritorio, permitiendo así el CPP con la madre lo más precozmente posible a la salida del quirófano y el inicio de la LM en la primera hora de vida. Anteriormente a 2014, tras la cesáreas las puérperas quedaban en la sala de reanimación quirúrgica, separadas de sus recién nacidos hasta que recibían el alta a sala de maternidad.

OBJETIVO

Valorar el efecto beneficioso del CPP sobre el inicio de la LM y su mantenimiento al alta en mujeres que realizan el puerperio inmediato en paritorio tras cesárea, en comparación con aquellas que realizaron el puerperio en la sala de reanimación quirúrgica.

METODO

Revisión de historias clínicas en dos periodos diferentes: puerperio inmediato en quirófano (enero de 2012 a junio de 2013) y puerperio inmediato en paritorio (enero de 2014 a junio de 2015)

RESULTADOS

Aumento del porcentaje de mujeres con LM al alta tras el puerperio inmediato en paritorio, siendo menor cuando éste no se realizaba. Disminución del porcentaje de abandono de LM por el inicio de ésta durante las dos primera horas de vida del recién nacido.

Tabla 1. Tipo de lactancia al alta en función del tipo de puerperio inmediato.

Lactancia al alta	Puerperio en Quirófano	Puerperio en paritorio
Materna	311 (72%)	320 (85%)
Artificial	46 (18%)	37 (10%)
Mixta	76 (11%)	18 (5%)
Total Cesáreas	433	376

Fuente: revisión de historias clínicas de 2013 a 2015.

CONCLUSIONES

Siguiendo las recomendaciones que ofrece la evidencia científica sobre la importancia del CPP durante las dos primeras horas de vida para el establecimiento con éxito de la LM, se ha observado que realizar el puerperio inmediato de las cesáreas en el paritorio es beneficioso para el inicio y mantenimiento de la LM al alta.

APRENDE JUGANDO CON MATERNITY GAME, EL JUEGO DE LA MATERNIDAD

Autores: Sara García Ogando, Sara Rueda Navarro, Lorena Barea Montemayor, Sandra Pérez Marín, Juana M^a Vázquez Lara, Luciano Rodríguez Díaz.

Unidad Docente de matronas de Ceuta.

INTRODUCCIÓN

Los programas de educación maternal pretenden favorecer la adquisición de comportamientos saludables mediante conocimientos y habilidades, además de proporcionar a la mujer y a su pareja los instrumentos que le permitan actuar responsablemente durante el embarazo, parto, puerperio, cuidados del recién nacido, lactancia y sexualidad.

Estos programas de educación maternal se han ido adaptando a las demandas y al perfil de las gestantes y sus parejas, desarrollando diferentes actividades beneficiosas para la salud sexual y reproductiva.

OBJETIVO

Utilizar una herramienta educativa para evaluar la comprensión de los conocimientos transmitidos, una vez finalizado el programa de educación maternal en el Centro de Salud Recinto de Ceuta.

Averiguar si quedan dudas pendientes y resolverlas de una manera más participativa y dinámica.

METODOLOGÍA

Se realiza una búsqueda bibliográfica en Cuiden , PubMed, MedLine, CINAHL, Cochrane Library, Embase y Enfispo utilizando los descriptores educación maternal y programa de salud.

Nuestro proyecto piloto fue creado durante las rotaciones de Atención Primaria en Ceuta. En ellas pudimos observar, tras finalizar el programa, que sería conveniente comprobar los conocimientos adquiridos. Para ello, pensamos que sería pertinente usar un método con el que la mujer no se sintiera evaluada, pero con el que la matrona pueda conocer que aspectos debe resaltar en la última sesión de educación maternal.

Por este motivo, desarrollamos un instrumento educativo liderado por la matrona y supervisado por ella en todo momento, con 4 grupos de un máximo de 5 mujeres, fomentando la interrelación entre ellas. A través de un tablero, cada grupo deberá avanzar casillas pasando por diferentes temas (embarazo, parto, puerperio, recién nacido, lactancia y sexualidad) en las que se realizarán preguntas. La matrona validará la respuesta exponiendo, en cada caso, la explicación pertinente.

RESULTADOS

Tras aplicar Maternity Game hemos obtenido resultados post-test superiores al pre-test, por lo que se ha logrado reforzar el aprendizaje.

Las relaciones interpersonales del grupo mejoraron, favoreciendo la participación.

CONCLUSIONES

Maternity Game es un recurso didáctico que ayuda a afianzar conocimientos básicos que hayan sido tratados anteriormente en programas de educación maternal.

Como planteamientos a medio plazo, convendría unificar las preguntas entre las matronas de diferentes áreas, atendiendo a las demandas y dudas de las gestantes. Sería interesante crear un buzón de sugerencias on-line.

EPISIOTOMÍA RESTRICTIVA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA (ALZIRA, VALENCIA)

Autoras: Ermelinda Abarca Cañada, Inés García Barba, Francisca Camacho Morell, Alba López Simó . Hospital de la Ribera. Alzira (Valencia)

ANTECEDENTES

El Documento de Estrategia de Atención al Parto Normal (Ministerio de Sanidad y Consumo), así como la Iniciativa de Parto Normal de la Federación de Asociaciones de Matronas Españolas (FAME) y la Estrategia de Atención al Parto Normal en la Comunidad Valenciana suponen el punto de partida del cambio en la atención a los partos de bajo riesgo en nuestro hospital, donde todas estas medidas se materializan a partir de 2011 en las siguientes actuaciones: formación de las matronas en sutura y valoración de desgarros, creación de comisiones de mejora de calidad asistencial, y elaboración y puesta en marcha progresiva de distintos protocolos (movilidad, elección de postura para el parto, inicio de pujos espontáneos).

OBJETIVO

Por todo ello, nuestro objetivo en este momento es valorar si todas estas medidas adoptadas han influido en el porcentaje de episiotomías realizadas en partos eutócicos.

METODO

Revisión de datos de historias clínicas de los partos realizados desde 2011 hasta junio de 2015, recogiendo número de partos eutócicos (con y sin episiotomía), número de partos con periné íntegro y desgarros de III y IV en partos eutócicos.

RESULTADOS

Reducción del porcentaje de episiotomías desde 2011 (34%) hasta 2014 (23%), llegando al 17% en junio de 2015 (tabla 1). Porcentaje de desgarros de III y IV grado por debajo del 1% de los partos eutócicos sin episiotomía y aumento de porcentaje de perinés íntegros.

Tabla 1: Porcentaje total de partos eutócicos, partos eutócicos sin episiotomía y periné íntegro en nuestro hospital

AÑO	2011	2012	2013	2014	2015(1)
EUTÓCICOS	59	61	62	62	77
SIN EPISIOTOMÍA	67	68	76	77	83
PERINÉ ÍNTEGRO	31	24	25	26	40
DESGARROS III-IV (SIN EPISIOTOMÍA)	0.68	0.36	0.68	0.67	0.20

(1): Datos recogidos hasta el 30 de junio de 2015

Fuente: Hoja de fin de parto informatizada

CONCLUSIONES

Las medidas adoptadas para adaptar el trabajo del paritorio a la evidencia científica han conseguido reducir el porcentaje de episiotomías en partos eutócicos, acercándonos al 10% recomendado por la OMS, con un escaso porcentaje de desgarros de III y IV grado. El esfuerzo actual del colectivo de matronas es continuar trabajando en esta línea, ya que consideramos que la episiotomía restrictiva es una medida que aumenta el confort de las mujeres y con ello el grado de satisfacción con el proceso de parto, tanto de dichas mujeres como de los profesionales que las atienden.

BUSCANDO EL CUIDADO EXCELENTE: MEJORA DEL CONTACTO PIEL CON PIEL EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO GRANADA

Autoras: Gutiérrez Martínez M^a del Mar, Riquelme Raya Rebeca, Díaz Goicoechea Margarita, Ávila Pérez M.José. Hospital Universitario (CHUG) (Granada)

ANTECEDENTES

Nuestra Institución ha sido seleccionada en la cohorte (2015-2017), dentro del Programa Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados[®]. Iniciativa liderada por Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii), el Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para Cuidados de Salud basados en la Evidencia y la Asociación de Enfermeras de Ontario (RNAO), pretende involucrar a las organizaciones en la implantación y evaluación de Guías de Buenas Prácticas (GBP) de RNAO.

Duración del proyecto, tres años renovables y compromiso de implantar algunas recomendaciones de la GBP de Lactancia Materna (LM).

Entre las recomendaciones, respaldo de los profesionales de la iniciativa IHAN y “10 pasos para una lactancia feliz”, siendo imprescindible el contacto piel con piel precoz (CPP) del recién nacido (RN) y su madre, de forma precoz tras el nacimiento.

OBJETIVO

Evaluar el impacto en la práctica de las recomendaciones sobre LM y desarrollar futuras medidas correctoras.

MATERIAL Y METODO

- Revisión y actualización del protocolo existente.
- Análisis retrospectivo descriptivo mediante registros de enfermería y libro de partos.
- Período de análisis: primer semestre de 2014 frente a primer semestre de 2015, datos analizados con ANOVA.
- Criterios inclusión: recién nacidos durante el periodo de estudio.

RESULTADOS

Primer semestre 2014: 79.06% de los nacidos se beneficiaron del CPP.

- ✓ cesáreas: 32,05% tuvieron CPP
- ✓ vaginales: 91,02% tuvieron CPP

Primer semestre de 2015: 82,56% de los nacidos se beneficiaron del CPP.

- ✓ cesáreas: 41,45% tuvieron CPP
- ✓ vaginales: 91,32% tuvieron CPP

CONCLUSIONES

La práctica del procedimiento del CPP es habitual en los partos vaginales, cuyos RN no se separan de sus madres. En los casos de cesáreas es más habitual que los RN sean separados de sus madres mientras que estas están en reanimación. Tras la puesta en marcha de la recomendación de favorecer el CPP tras el nacimiento para un inicio favorable de la LM, se ha observado un incremento del porcentaje de RN que se están beneficiando de dicha técnica tras cesárea, del 32,05% al 41,45%, acercándose a la significación. Podemos afirmar que las líneas de trabajo, sobre prácticas basadas en la evidencia, iniciadas en esta institución está consiguiendo resultados de salud en la población atendida.

DESCRIPCIÓN DE LOS COMPONENTES DE LA ACTITUD DE LAS GESTANTES ANTE EL PARTO EN EL DEPARTAMENTO 14 DE SALUD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA.

*Autor: Juan Antonio Torres Martínez (EIR matrona)
Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva (Valencia)*

INTRODUCCIÓN

Durante estos últimos diez años se han realizado muchos cambios en cuanto a la asistencia y atención al parto en nuestro país. La Carta de Madrid en 2005 es el punto de partida donde comienza todo este proceso de cambio, comunicando la necesidad de cambiar, educarnos y educar, y propiciar y fortalecer la participación de la mujer en el proceso de su maternidad. Uno de sus objetivos primordiales fue el de garantizar una asistencia segura y digna al nacimiento. Poco más tarde, en 2008, surge la Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad, con una serie de recomendaciones basadas en las mejores evidencias científicas disponibles hasta ese momento, queriendo con ello contribuir a mejorar la calidad de la atención que se presta en el parto normal en nuestro país, publicando la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal, y tratando de incrementar la satisfacción tanto de profesionales como de las mujeres y sus familias. La cuestión es conocer si actualmente las actitudes de las gestantes son acordes a estos cambios.

Para el logro de una atención prenatal satisfactoria son necesarias las actitudes positivas y los conocimientos adecuados en las gestantes, por tanto, es importante conocer la situación en la que nos encontramos. Una vez descrita, podremos tomar las decisiones más apropiadas para incrementar la calidad de la atención profesional.

OBJETIVO GENERAL

Conocer cuáles son los componentes de la actitud ante el parto de las gestantes con embarazo a término (> 37 SG) que acuden al Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva durante el periodo del 15 de julio del 2015 al 15 de septiembre del 2015.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional transversal. Las participantes fueron gestantes con embarazo a término que acudieron al Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva durante el periodo del 15 de julio del 2015 al 15 de septiembre del 2015.

Para la recogida de datos se crea un formulario AD HOC. Se realiza un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, obstétricas, de los componentes de la actitud de la gestante (cognitivo, afectivo y conductual) y de la implicación de su pareja.

RESULTADOS

Se realiza una descripción detallada de los componentes actitudinales (cognitivo, afectivo y conductual) de las gestantes, cuyas características obstétricas y sociodemográficas son las siguientes: Mujer nulípara (65.3 %), con una media de 39 SG y embarazo de bajo riesgo (55.1 %). El 67,4 % comprendían una edad de entre 30 y 39 años, en su gran mayoría con estudios universitarios (39.4 %), asalariadas (60%), casadas (70.5 %) y españolas (91,6%).

CONCLUSIONES

A pesar de todos los cambios realizados por los profesionales y desde los propios organismos, hospitalarios y gestores, las actitudes de las mujeres no son lo esperado tras llevar a cabo dichas estrategias. Nosotros, profesionales de la salud, debemos asumir un papel activo en todo momento, promover la participación comunitaria, haciendo a las mujeres partícipes de los programas educativos, tratando de conseguir una actitud favorable y de responsabilidad con su propio proceso.

Consumo de alcohol durante la gestación: ¿0.0?

Autores: Paloma Martínez Galán, Elvira Martín Gallardo. (matronas)

Introducción:

El 52% de las mujeres en edad fértil consumen alcohol, el 7.1% lo hacen durante la gestación

Objetivos:

- Describir los efectos del alcohol durante la gestación
- Analizar métodos de screening
- Describir la población de riesgo

Material y métodos:

Revisión bibliográfica de las principales bases de datos

Resultados:

Consecuencias fetales:



TABLA 1-1 UBE y equivalencia

TIPO DE BEBIDA	VOLUMEN	UBE
VINO	1 vaso (200 ml)	1
	1l	10
CERVEZA	1 caña (200 ml)	1
	1l	5
WHISKY, RON, COÑAC	1 copa (50 ml)	2
	1 carajillo (25 ml)	1
	1 combinado (50 ml)	2
	1l	40
JEREZ, VERMUT, CAVA	1 copa (50 ml)	1
	1 vermut (100 ml)	2
	1l	20

1 UBE = 10gr alcohol

Cribado a toda la población test CAGE

- ¿Ha sentido alguna vez que debería beber menos?
- ¿Le ha molestado que la gente le critique su forma de beber?
- ¿Alguna vez se ha sentido mal por su forma de beber?
- ¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?

- 0-1 Bebedor social
- 2 Consumo de riesgo
- 3 consumo perjudicial
- 4 dependencia alcohólica

Población de riesgo:

Adolescentes, solas, inicio tardío control gestación, múltiples visitas perdidas, Inestabilidad hogar, malos tratos, ganancia de peso deficiente, hijos retirados

Conclusiones:

- Un consumo moderado de alcohol durante el embarazo parece no tener consecuencias
- Recomendar consumo 0.0gr
- Se debe realizar screening a toda la población

Bibliografía: Chasnoff IR, McQuirty RF. Screen for substance in pregnancy. Cheng B. Alcohol intake and pregnancy. Aguilera A, Argüello A. Abuse de sustancias tóxicas durante el embarazo. Clínic d'Atenció. B. Clínica orgànica de l'alcoholisme. Gómez JL, Torres RMR. Relación entre el consumo de alcohol y tabaco durante la gestación y los TGD. Berzosa M, MT, González MP. Eficacia y diagnóstico del trastorno por consumo de alcohol.

ACTUALIZACIÓN EN EL USO DE TERAPIAS ALTERNATIVAS PARA AUMENTAR LA INCIDENCIA DE FERTILIDAD FEMENINA Y MASCULINA.

ANTECEDENTES

La infertilidad ha sido un problema presente desde la antigüedad, que ha ido aumentando con el paso de los años. La ciencia moderna ofrece distintos tratamientos para superarla. Sin embargo, existen terapias naturales que pueden ayudar a solucionar dicho problema. Para conseguir la fertilidad a través de las terapias alternativas debemos conseguir:

- Equilibrar el sistema hormonal tanto masculino como femenino.
- Optimizar la calidad de los óvulos y espermatozoides.
- Aumentar la libido sexual.
- Regular el ciclo sexual.
- Mejorar las condiciones del útero y del endometrio.
- Favorecer el equilibrio interno del organismo.
- Disminuir el estrés y la ansiedad



OBJETIVO

Dar a conocer a los profesionales las diferentes terapias naturales que pueden mejorar la fertilidad tanto de la mujer como del hombre y así poder introduciéndolas en las consultas de atención primaria.

METODO

Amplia revisión bibliográfica en las bases de datos científicas más relevantes escritas tanto en Español como en Inglés (Cochrane Plus, Medline Plus, sCielo Pubmed...

RESULTADOS

Dentro de las Terapias naturales para aumentar la fertilidad, las más apropiadas serían:



•Alimentación:

1. Disminuir la leche de vaca y sus derivados, tomar granos enteros de cereales integrales, disminuir la toma de carnes rojas, sobretodo el hombre. Introducir en la dieta alimentos frescos y de temporada, pan integral. No elaborados. Restringir café, té y bebidas con cafeína.

•Homeopatía:

1. Selenium: Mejora calidad de espermatozoides.
2. Sepia: Ayuda a los hombres a aumentar su libido. En la mujer mejora los trastornos menstruales y regula la ovulación.

•Fitoterapia: Utilización de aceite de onagra (Sd. premenstrual, propicia la fertilidad), Sauzgatillo o Vitex Agnus (equilibra hormonas femeninas), Ginseng (aumenta movilidad espermatozoides) y Maca (calidad esperma)

•Cromoterapia

•Auriculoterapia: modula las disfunciones sexuales, aumenta la libido...

•Reflexología podal: Ayuda a regular las menstruaciones, activando en el hombre la producción de espermatozoides y de óvulos en la mujer. Disminuye la tensión o la ansiedad en las parejas que llevan tiempo intentando quedarse embarazadas. Habría que trabajar tres zonas, masajeando por la zona de ovarios a la zona de matriz y vagina, pasando por la zona de las trompas, localizadas de tobillo a talón.

CONCLUSIONES

se conocen las ventajas del uso de dichas terapias naturales para aumentar la fertilidad tanto del hombre como de la mujer, pero harían falta muchos más estudios científicos que avalaran su uso y así poder implantarlo en nuestro sistema de salud y en nuestras consultas de atención primaria, para poder así ayudar a la sostenibilidad del sistema, puesto que serían terapias económicas que podrían ayudar a solucionar problemas sin tener que derivar a las parejas directamente a la consulta de atención especializada.

PROGRAMA DE REEDUCACIÓN PARA LA SALUD: “SUELO PÉLVICO EN EL POSTPARTO”

AUTORES: Gómez de Cos.M; González Robles, L; Martín Fontecha.T; Rodríguez Puento.Z; Casamitjana Giraldo.T; Castrillón Chamadoría.L.

INTRODUCCIÓN

- Según la International Continence Society (ICS), la incontinencia urinaria (IU) es la pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable que origina un problema social o higiénico.
- Patología multifactorial: obesidad, diabetes, edad, menopausia, profesión, deportes de impacto, tabaco... EMBARAZO Y PARTO (1ª causa)
- EMBARAZO Y PARTO:
 - Modificaciones estática lumbopélvica.
 - Cambios en propiedades musculares: periné, faja abdominal.
 - Factores relacionados con parto: pujos en apnea, expulsivo prolongado, parto instrumental, macrosomía fetal, episiotomía o desgarros, paridad.
- Además de la incontinencia urinaria, en el periodo postparto pueden aparecer otro grupo de disfunciones del suelo pélvico tales como DISPAREUNIA, PROLAPSOS, DOLOR PÉLVICO CRÓNICO...
- Tasas de prevalencia de IU, en población general, entre 15-30%. Incremento del gasto sanitario.
- Solo 1/3 de las afectadas lo comunican al Personal Sanitario: Las pacientes creen que es "normal e inevitable".
- Enfermedad infravalorada: Escasos programas de salud.
- Estudios recomiendan reeducación S.Pélvico PRECOZMENTE durante el parto y postparto.

METODOLOGÍA

Se diseñó un programa de educación para la Salud que constaba de 5 sesiones de 60 minutos de duración (15 min de teoría y 45 min de práctica). Se realizó 1 día/semana. Tamaño del grupo: 12 mujeres.

OBJETIVO GENERAL: Disminución de las disfunciones de suelo pélvico en el periodo postparto.

POBLACIÓN DIANA: Mujeres que se encontraban en el periodo postparto, y que habían pasado al menos 8 semanas tras el parto.

CAPTACIÓN: En la consulta de la matrona de atención primaria, en la consulta de rehabilitación postparto. Se realizó una valoración general intracavitaria del S.P y un cuestionario.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: parto vaginal o cesárea. Escala de Oxford mayor o igual de 3.

6 semanas después de la finalización del taller se valoró a las mujeres con un cuestionario para medir el impacto del programa y sus posibles beneficios, y con una exploración intracavitaria.

1º SESIÓN	2º SESIÓN	3º SESIÓN	4º SESIÓN	5º SESIÓN
día a conocer el programa	Identificar factores de riesgo	día a conocer las disfunciones del S.P.	Identificar hábitos de vida saludables	Revisión de datos
Sección sobre técnica de analgesia de S.P y faja abdominal	Clase teórica sobre factores de riesgo sobre el suelo pélvico.	Clase teórica de patología del S.P. Continuación de una clase reeducación del S.P.	Clase teórica a cerca de hábitos higiénico dentales	Revisión de perfil de las. Continuación de reeducación
Ejercicios de Kegel y respiración abdominal	Primeros pasos ejercicios de Kegel. Ombudsman abdominal (aperturas) 10/10	IGAI	IGAI. Técnicas de respiración	IGAI

RESULTADOS

Actualmente continuamos con la recogida de datos para conseguir una muestra mas representativa y poder extrapolar los datos con una firme evidencia científica. Hasta el momento hemos conseguido una muestra de 60 mujeres. En una revisión general hemos podido observar una reducción significativa de los síntomas de urgencia miccional, incontinencia urinaria, sensación de peso vaginal y percepción subjetiva por parte de la paciente de mejora en la estática lumbar.

CONCLUSIONES

Las disfunciones de Suelo pélvico están incrementándose en los últimos años y afectan a un porcentaje elevado de mujeres. Dado que el embarazo y parto son dos de los factores de riesgo mas importantes para padecer este tipo de disfunciones y que la atención primaria es el primera escalón de contacto de la mujer con el sistema sanitario, está justificado la realización de programas de educación sanitaria de forma precoz tanto en el embarazo como en el postparto. Además, la evidencia científica avala los resultados de este tipo de intervenciones.

REFERENCIAS

- 1)García A.Pérez. un programa de ejercicios para controlar todos los movimientos musculares. Barcelona: Vergara,2007.
- 2)Efectividad de un programa de ejercicios musculares de suelo pélvico en la incontinencia urinaria después del parto. IRE. disponible en: http://www.luz.es/itd/ica/redes/convenciones/2005_3_2_4ejercicios_pelvicos.pdf
- 3)Universidad de la Fuerza. Obstetricia Normal.
- 4)IRE. disponible en: <http://www.iberredaccion.com/tema/ica/>
- 5)Herrero R, Aranda EP, Burgos R, Cuervo MC, Hecceg AM, Males JT. Epidemiología del natural history of urinary incontinence. Int J Gynecol Obstet 2000; 71(3): 301-08.
- 6)www.papel.org. Programa de actividades de promoción y prevención de la salud, de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA EFICACIA DEL CURSO DE REANIMACIÓN NEONATAL ORGANIZADO EN HOSPITAL QUIRÓN MÁLAGA PARA MATRONAS Y DUES

Autores: Rodríguez Díaz, Luciano¹; De Dios Pérez, María Isabel²; Corcuera Ortiz de Guzmán, Lorena¹; Vázquez Lara, Juana María¹; 1 Matronas Hospital Universitario de Ceuta y Quirón Campo de Gibraltar. 2 EIR Residente de Hospital Universitario de Ceuta

INTRODUCCIÓN

Existen los cursos en reanimación cardiopulmonar neonatal organizados por la Sociedad Española de Neonatología tienen como objetivo principal una adecuada formación en maniobras de reanimación neonatal del personal encargado de atender a todo recién nacido¹.

La posibilidad de necesitar reanimación cardiopulmonar (RCP) en el momento del nacimiento es mayor que en etapas posteriores de la vida. Se estima que aproximadamente el 10% de todos los recién nacidos van a requerir alguna maniobra de reanimación para iniciar el llanto y la respiración, mantener la frecuencia cardíaca por encima de 100 lat/min y buen tono muscular.

En el caso de niños prematuros el porcentaje de los que precisan reanimación en el paritorio es más elevado, y alcanza casi el 100% en los niños con peso muy bajo al nacer. Llevar a cabo una evaluación adecuada del recién nacido, decidir qué medidas deben adoptarse y llevarlas a cabo correctamente constituyen el objetivo principal de los Cursos de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal².

Los cursos organizados por la Sociedad Española de Neonatología se imparten un tipo de docencia "práctica" simulando situaciones reales en las que el alumno puede entrenarse sobre maniqués, complementando así los métodos tradicionales. Este tipo de docencia tiene un doble objetivo:

Primero mejorar y capacitar al alumno para llevar a cabo maniobras de reanimación inicial e integrada en una secuencia correcta, ante situaciones clínicas diversas.

Segundo, estimular la autoeficiencia al poder repetir la misma situación o secuencia en un corto espacio de tiempo.

Este tipo de formación muy práctica genera una actitud en el alumno claramente beneficiosa ante el estrés que produce el nacimiento de un niño con problemas. En estos cursos se actualizan las pautas de reanimación por lo que son útiles para la formación continuada de cualquier profesional implicado en la reanimación del recién nacido^{3,4}.

OBJETIVOS

Conocer si el curso de reanimación cardiopulmonar neonatal organizado por la Sociedad Española de Neonatología entre el personal sanitario (matronas y dues) mejoran los conocimientos sobre dicha materia.

MATERIAL Y MÉTODO

Conocer Se ha llevado a cabo un estudio observacional descriptivo sobre un grupo de 36 alumnos (matronas y dues) que asistieron a un curso de RCP Neonatal Completa en las instalaciones del Hospital Quirón Málaga impartido por profesores de la Sociedad Española de Neonatología durante los días 6 y 7 de Julio del 2015.

Los participantes fueron divididos en dos grupos de 18 personas, impartándose el curso cada día a un grupo.

Un mes antes el alumno recibe un manual de la Sociedad Española de Neonatología para adquirir conceptos que permitan avanzar en el desarrollo de las prácticas y adquirir unos conocimientos previos necesarios.

El curso consta de una primera parte de 3 horas de TEORÍA, para puntualizar conceptos básicos y aclarar dudas que puedan aparecer. La segunda parte de 6 horas de duración es PRÁCTICA, en la que se forman 3 grupos de 5-6 alumnos.

Las prácticas se dividen en una primera fase, con un profesor por cada grupo; se realizan tres talleres básicos:

Vía aérea e intubación
Masaje cardíaco,
Fármacos y vías de administración



RESULTADOS

Entre los resultados del nivel de conocimientos previo obtuvimos unos resultados de media 6,5, una moda de 6,5 y una mediana de 6 y del posterior al curso es de una media de 9,5 puntos, moda de 9,5 y mediana de 9.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

La implantación de un plan docente en reanimación neonatal por la Sociedad Española de Neonatología entre el personal sanitario (matronas y dues) es eficaz y es útil en la atención al recién nacido en el momento del nacimiento, disminuyendo la morbilidad neonatal.

El desarrollo de una formación que facilite el aprendizaje en esta materia con simulación repetida de situaciones clínicas diversas y la formación de instructores en RCP neonatal complementan de forma positiva a los métodos tradicionales y aseguran la comprensión teórica de los contenidos estudiados.

Como conclusión final debemos asistir a planes docentes en reanimación neonatal que aseguren una formación de calidad y una adquisición de conocimientos que sean evaluados por profesorado especializado en metodología docente que asegure que se ha adquirido esos conocimientos para obtener una reanimación neonatal adecuada.

Tras la realización del estudio se evidenció por los datos reflejados en el cuestionario que el nivel de conocimientos teóricos posteriores al curso fue de un 9,5 respecto al inicio de un 6,5 respecto al cuestionario inicial, que el nivel de conocimientos prácticos adquiridos fue de un 9, superando el corte mínimo aceptado por la Sociedad Española de Neonatología y que avala que se ha adquirido un nivel de conocimientos óptimo para realizar una reanimación neonatal buena.

Resaltar aspectos de interés como la coordinación de los equipos en el desarrollo de casos prácticos, siguiendo el orden recomendado por las asociaciones Internacionales (ILCOR) y Europeas (ERC) en base a una reanimación neonatal óptima.

BIBLIOGRAFIA

- Manual de Reanimación Neonatal. Sociedad Española de Neonatología. 2ª edición. 2010.
Katherine J. Miller. Textbook of neonatal Resuscitation, 4th ed. American Heart Association. American Academy of Pediatrics. Elk Grove Village, 2010.
Mullbach EG, Schieber RA, Carroll MFG. Self-efficacy in pediatric resuscitation: Implications for education and performance. Pediatrics 1995; 97: 34-9.
Pater D, Polowinski ZH, Nelson MK, Sabich H. Effect of a statewide neonatal resuscitation training program on Apgar scores among high-risk neonates in Illinois. Pediatrics 2011;127: 648-54

RECOMENDACIONES SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA EN EL EMBARAZO

ORELLANA REYES M

Introducción: La recomendación de actividad física durante el embarazo durante la historia se ha visto sometido a restricciones muy severas, apenas recomendándose. En la actualidad y en base a las nuevas evidencias científicas, se han descrito múltiples beneficios para la madre y el bebé. La práctica del mismo se debe individualizar y no recomendar la misma actividad para todas las mujeres

Objetivo: Esquematizar de forma sencilla la preinscripción de actividad física

Materia y metodo
Revisión bibliográfica en bases de datos PUBMED 2010-2015

Antes de empezar

Embarazo es o no considerado de riesgo.
Nivel de entrenamiento previo al embarazo (Sedentaria, Activa, atlética ACOG)
Tipo de ejercicio físico.
Nivel de intensidad

PARmed-X FOR PREGNANCY

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS

Alteración cardíaca significativa.
Enfermedad pulmonar restrictiva.
Incompetencia cervical/cerclaje.
Gestación múltiple +APP.
Metrorragia persistente en 2º-3º trimestre.
Placenta previa después de la 26 S.G.
A.P.P.
RPM.
Preeclampsia/HTA

SIGNOS DE ALARMA

Metrorragia. • Disnea.
• Mareo. • Cefalea. •
Dolor torácico. •
Dolor o hinchazón en miembros inferiores (descartar tromboflebitis). •
A.P.P. • Disminución de los movimientos fetales. • Salida de L.A

Las mujeres acostumbradas a deportes intensos han de reducir el ritmo (Escuchar su cuerpo, no forzar)

Actividades recomendadas:

- Natación
- Caminar rápido
- Aerobic en el agua
- Ciclismo (estático)
- Fortalecimiento muscular
- Trabajo de core (EDUCACION POSTURAL)
- Suelo pélvico
- Actividad no mas de 60 min, descansos cada 15 minutos (prueba del habla)
- Aerobico, resistencia, flexibilidad

Actividades no recomendadas:

- Sauna/baños calientes
- Halterofilia
- Lugares húmedos
- Buceo/submarinismo
- Actividad a gran altura
- Riesgo de caída, trauma abdominal
- Exposición al ruido, frío, vibraciones

Recomendaciones



El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG), así como la Sociedad Americana de Obstetricia y Ginecología (ACOG), recomienda que las mujeres embarazadas sanas con embarazo normal puede continuar su nivel normal de ejercicio, no siendo documentados el aborto involuntario, APP, lesiones musculo esqueléticas. Después de que el primer trimestre del embarazo, evitar hacer cualquier ejercicio en su espalda.

Si nunca ha realizado deporte, es recomendable comenzar con tan sólo 5 minutos de ejercicio al día y añadir 5 minutos cada semana hasta que pueda mantenerse activo durante 30 minutos al día.

Si nunca ha realizado ejercicio no es momento de realizar actividad como correr...

Asegurar la ingesta adecuada de líquidos antes, durante y después del ejercicio, uso de ropa holgada (sosten)

En **primer trimestre el tipo de actividad debe ser de muy bajo impacto**, para ello podemos optar por natación, caminar lento o nordik walking, en el **segundo trimestre el nivel de impacto puede ser un poco mayor** caminando rápido o incluso footing si ya estaba acostumbrada a realizarlo antes. En el **tercer trimestre los impactos se deben reducir** y para ello la mejor opción puede ser la natación o la bici reclinada para no tener molestias en zona lumbar. Se recomienda levantamiento de pesas ligeras (postura adecuada, fortalecimiento bíceps/tríceps) **NUNCA AGOTAMIENTO**

Conclusiones: La practica deportiva debe ser supervisada por profesionales e individualizada (no es pan para todos) Las embarazadas deben escuchar su cuerpo y no someterse a esfuerzos excesivos (competición)

SEXUALIDAD FEMENINA EN EL POSTPARTO: REVISION

González Robles, L.¹; Gómez de Cos, M.¹; Martínez Raposo, P.¹; González del Barrio, V.²; Martín Fontecha, T.¹; García Mazón, M.¹
¹ Matrona en SESPA. ² Matrona en SACYL.

INTRODUCCION

La sexualidad es un aspecto central de la vida de las personas, inherente a ellas desde su nacimiento hasta su muerte, que sufre modificaciones a lo largo de su vida y esta influenciada por numerosos factores.

El postparto supone una época de transición, en la que la sexualidad es uno de los aspectos más vulnerables, pudiendo aparecer cambios en las relaciones de pareja, llegando incluso a afectarlas negativamente.

Diversas instituciones consideran que la sexualidad de la mujer durante el postparto constituye una necesidad, haciéndose necesaria la promoción de la salud sexual; así pues, los profesionales que prestan cuidados a la mujer durante la gestación y postparto deberían estar formados en materia de sexualidad, para poder dar una atención integral a la mujer y su pareja.

MATERIAL Y METODO

Se llevó a cabo un proceso de revisión bibliográfica sobre sexualidad de la mujer en el postparto. Se realizó una búsqueda en el tesoro MeSH de la base de datos PubMed para establecer unas palabras clave precisas: sexuality, female sexuality, postpartum, sexual health, childbirth, sexual behaviours, parenthood, sexual dysfunction, breastfeeding.

Fueron consultados PubMed, Web of Science, scholar google, IBECS, CUIDEN y DOAJ. El margen temporal establecido fue desde el año 1980 hasta la actualidad, siendo el idioma de búsqueda inglés y español. Como criterios de exclusión se establecieron: artículos anteriores a 1980, artículos cuya población de estudio fueran mujeres con disfunciones sexuales previas a la gestación, estudios en parejas sometidas a tratamientos de reproducción asistida, y artículos que no fuera posible conseguir el texto completo.

RESULTADOS

Interés y deseo	Disminución del deseo relacionado con cansancio, falta de tiempo, LM, traumas perineales, miedos y cambios corporales. Relación directa entre su propio deseo y la percepción del deseo de sus parejas, así como apoyo y comprensión.	Imagen corporal y sexualidad	Percepción negativa de la imagen corporal relacionada con bajos niveles de función sexual y satisfacción sexual. Autopercepción negativa de imagen genital influye negativamente en la sexualidad.
Reanudación de las relaciones sexuales	6 ^o -8 ^o sem: 40-60% de las parejas. A las 12 sem el 80%. Factores influyentes: recuperación físico-emocional, consejo profesional, miedos, satisfacción con la pareja, trauma perineal (periné íntegro: reanudación temprana), edad y paridad (mujeres jóvenes y multiparas reanudan antes).	Frecuencia de encuentros sexuales	Disminución de la frecuencia durante el primer año, relacionado con cansancio, falta de tiempo, dolor perineal y dispareunia, disminución del deseo y percepción de la imagen corporal.
Dolor perineal y dispareunia	Dolor perineal: 22% a las 8 sem. Dispareunia: 40% en el primer coito. A los 3 meses el 62% de las mujeres. Dispareunia relacionada con LM y traumatismo perineal a corto plazo. A largo plazo no relación con tipo de parto.	Lactancia materna y sexualidad	Relacionada con retraso en la reanudación de los encuentros, disminución de deseo, lubricación y frecuencia de las relaciones, cansancio, fatiga y ansiedad. Algunos estudios muestran asociación positiva entre LM y sexualidad.
Traumatismo perineal y sexualidad	Desgarros de II y III grado: >probabilidad de dispareunia a los 3 meses. Partos instrumentales: > probabilidad de dispareunia a los 6 meses. Episiotomía relacionada con disminución de deseo, lubricación, orgasmo, satisfacción y mayor dolor a los 6 meses.	Satisfacción sexual y relación de pareja	El 24% de las mujeres: insatisfacción sexual. Preferentes las muestras de afecto sobre el encuentro sexual. Insatisfacción sexual relacionada con insatisfacción en la relación de pareja y viceversa.

CONCLUSIONES

La sexualidad durante el postparto experimenta importantes cambios y adaptaciones que crean inquietudes en los individuos, pudiendo afectar negativamente la calidad de vida de las mujeres y sus parejas. Conocer las características de la sexualidad durante esta etapa y los factores que van a determinarla proporciona la capacidad de prestar una atención apropiada a las mujeres en materia de sexualidad durante el postparto. Para ello la sexualidad debe ser tratada desde una perspectiva holística que incluya cada factor relacionado con la misma.

REFERENCIAS

- Abdoel, Z., Thakur, R., & Soltau, A. (2009). Postpartum female sexual function. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 145, 131-137.
- Aliboni, L., & Karacem, Z. (2012). Quality of the intimate and sexual relationships in first time parents six months after delivery. *The Journal of Sex Research*, 42(2), 167-174.
- Douyroussis, K., Ghahri, C. M., & Van Assche, A. (1995). Sexuality in the postpartum period: a review. *Current Obstetrics and Gynecology*, 5, 2-44.
- Ellert, S., & Wilson, J. (1985). Sex during pregnancy and the first postnatal year. *Journal of Psychosomatic Research*, 29(5), 542-547.
- Olsson, A., Lindqvist, M., Fanzl, E., & Nissen, E. (2005). Women's thoughts about sexual life after childbirth: focus group discussion with women after childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19, 361-367.
- Ramus, K., & White, S. (1987). Sexuality in the postpartum: A review. *Archives of Sexual Behavior*, 16(2), 165-186.
- Squires, L., Harlow, B., Chikara, A., & Repke, J. (2011). Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 205(5), 881-888.
- Van Sydon, K. (1999). Sexuality during pregnancy and after childbirth: a meta-analysis of 19 studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(1), 27-39.
- Williams, A., Harris-Mars, S., & Hicks, C. (2007). The prevalence of enduring postnatal perineal morbidity and its relationship to perineal trauma. *Midwifery*, 23, 392-400.
- Yantel, A., & Pehl, E. (2010). Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. *International Gynecology Journal*, 25(1), 5-14.

JENGIBRE: tratamiento alternativo para el manejo de las náuseas y vómitos en el embarazo

Gaspar López, N.; Tortosa Izquierdo, S.

ANTECEDENTES

Las mujeres embarazadas presentan con frecuencia náuseas y vómitos durante la gestación. Este trastorno es común durante las primeras semanas de embarazo y en ocasiones, se prolonga más allá de la semana 20. Aunque se asocian a niveles altos de gonadotropina coriónica humana (hCG) o estrógenos, las causas exactas no se conocen pudiendo intervenir muchos otros factores.

En la actualidad cada vez son más las gestantes que recurren a "métodos tradicionales" o terapias alternativas para tratar las afecciones del embarazo. El efecto del jengibre sobre los problemas digestivos, náuseas y vómitos está reconocido por la OMS desde 1999.

OBJETIVO

Realizar una revisión bibliográfica respecto al uso del jengibre en las náuseas y vómitos durante el embarazo, y conocer así sus beneficios sobre el bienestar materno.

METODO

La estrategia de búsqueda ha sido una revisión bibliográfica en distintas fuentes de información: Internet (PubMed, Cochrane, Google académico, página web de la OMS, guías clínicas) y en Bibliotecas Universitarias.

RESULTADOS

Se ha comparado el jengibre con la vitamina B₆ y el efecto ha sido muy similar, mientras que la comparación con la metoclopramida ha sido ésta última la más eficaz a la hora de disminuir náuseas y vómitos.

Beneficios
antioxidantes

Mejora la
circulación

Antibacteriano
Antiinflamatorio
Analgésico



Alivia las
náuseas
matutinas

Mejora el
proceso de
digestión

Ayuda a
mantener el
buen apetito

CONCLUSIONES

El jengibre ha demostrado ser una alternativa segura y eficaz para paliar las náuseas y vómitos en la embarazada, siempre y cuando se utilice en las dosis recomendadas (ya existen preparados específicos para mujeres embarazadas con la dosis correcta de jengibre).

Lo ideal sería iniciar el manejo de estos síntomas con terapias no farmacológicas (jengibre, acupuntura, vitamina B₆, medidas dietéticas, etc) y si no dan resultados valorar el uso de fármacos.



SEMINARIO INTERNACIONAL PARA MATRONAS Madrid, 22, 23, 24/10/15



Aplicación del Mindfulness en el trabajo psicodinámico del proceso de embarazo y parto.

Autores: Manuel Murillo Molina, Alba Murillo Monterroso, Allueva Aznar, Marta Emilia Monterroso Moreno
girmurillo@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El **mindfulness**, definido como atención y conciencia plena, es un procedimiento terapéutico que permite focalizar la conciencia en la realidad presente. Trabaja las sensaciones corporales, los pensamientos y emociones buscando la aceptación y la vivencia de la propia condición. Es una técnica terapéutica, derivada de la cultura oriental, concretamente del Budismo y del ideal Zen, utilizada por los modelos de las terapias de conducta de tercera generación como la Terapia de Aceptación y Compromiso, la Terapia de Conducta Dialéctica o la Psicoterapia Analítica Funcional. Estas terapias optan por una perspectiva más experiencial y por el empleo de estrategias de cambio más indirectas sobre la conducta de los individuos.

OBJETIVOS

- **Conocer y desarrollar** habilidades basados en mindfulness y su aplicación en lo cotidiano para mejorar la calidad de vida y afrontamiento efectivo del proceso de embarazo y parto.
- **Identificar** a través de la autoobservación y autoexploración, hábitos y patrones condicionados que generan ansiedad ante el proceso de parto.

METODOLOGÍA

Taller teórico-práctico de ocho sesiones de dos horas de duración semanal.

Participantes: Gestantes de riesgo bajo/medio entre las 29 y 37 semanas de gestación.

Se trabaja el autocuidado, la autoobservación y el reconocimiento de los patrones reactivos problemáticos.

Práctica de las distintas formas de meditación mindfulness.

Establecimiento de diálogos sobre las experiencias.

RESULTADOS

Promoción del autocuidado a través de los recursos internos y la participación activa en la propia salud.

CONCLUSIONES

Favorece un mejor manejo de cogniciones, sentimientos y emociones para incrementar la capacidad personal de desplegar una conducta más adaptada a la realidad.

Da a conocer los conocimientos teóricos básicos y los aspectos neurobiológicos sobre el mindfulness, además de mostrar a los participantes con la experiencia propia esta técnica terapéutica para reducción de stress.



SEMINARIO INTERNACIONAL PARA MATRONAS Madrid, 22, 23, 24/10/15



EL TRABAJO NOCTURNO DE LAS MATRONAS/ENFERMERAS Y CALIDAD DE VIDA GLOBAL: INFLUENCIA EN EL ÁMBITO FÍSICO, PSÍQUICO Y SOCIAL

Manuel Murillo Molina, Alba Murillo Monterroso, Emilia Monterroso Moreno, Manuela Aliseda Tienza
girmurillo@hotmail.com

ANTECEDENTES:

El horario nocturno es definido como el que tiene lugar entre las 22 horas de la noche y las 06 horas de la mañana y se considera trabajador nocturno al que interviene no menos de tres horas de su trabajo diario o al menos una tercera parte de su jornada anual en este tipo de horario.

El trabajo nocturno es uno de los aspectos que repercuten directamente sobre la calidad de vida. El número de horas y la distribución afectan a nivel laboral y a la vida personal. Teniendo en cuenta que el tiempo libre lo utilizamos para el ocio, la vida familiar y la vida social, se trata de un condicionante que determina la calidad de vida y en consecuencia el grado de bienestar de las personas.

" el turno de noche (...), dificulta la relación debido a la falta de coincidencia con los demás. Las dificultades se dan en el ámbito familiar, ya que se limita la vida de pareja, el papel de madre o padre, aparecen problemas de coordinación y organización y existe una menor posibilidad de participar en actividades sociales o coincidir con amigos o familiares". (Nogareda Ciuxart, C.1997:5)

Maurice y Monteil ya puso de manifiesto que el 66% de los trabajadores considera el turno como la causa del descontento (...) la influencia negativa en la vida familiar y en consecuencia el trabajador se ve obligado a la reorganización de la dinámica familiar, renunciar al descanso, a seguir su propio ritmo independiente al de la familia.

Los problemas biológicos que afectan a los trabajadores del turno de noche, evidencian alteraciones significativas en cuanto a la alimentación, la eliminación, el descanso y el sueño...(Sanachez Bianconi R y al 2001)

GENERAL.

Evaluar la influencia del trabajo nocturno en la calidad de vida de las matronas y su influencia en los aspectos físicos, psicológicos y sociales.

ESPECIFICOS:

*Conocer la calidad de vida subjetiva de las personas que trabajan en turno de noche.

*Conocer la prevalencia de las molestias (físicas y psicológicas) más habituales reflejadas entre las matronas/enfermeras en turno de noche.

*Conocer el porcentaje de absentismo laboral.

METODO:

*Estudio descriptivo de tipo cuali-cuantitativo.

RESULTADOS:

	CENTRO A	CENTRO B	CENTRO C
Edad	52 años	41 años	28 años
Antigüedad en la empresa	18 años	12 años	4 años
Antigüedad en el turno	10 años	6 años	2 años
Compensa con remuneración	58%	50%	38%
Actividades recreativas	12,5%	18,75%	15,3%
Tiempo libre	19,8%	50%	30%
Reconocimiento Profesional	26%	30%	35%
Integración en el equipo	12,5%	12,5%	15,3%
Relación familiar afectada	50%	62,5%	53,8%
Familiares a Cargo	20% (Padres)	35% (Hijos)	18% (Hijos)
Relación de pareja afectada	68,7%	75%	76,9%
Absentismo	63%	12,5%	7,6%
Problemas físicos/psicológicos	79%	27%	12%

CONCLUSIONES:

Concluir que las relaciones existentes entre el ámbito laboral y el familiar, la incidencia de problemas físicos y psicológicos, la repercusión en el grado de interacción social, el rendimiento laboral, la gestión del tiempo, las posibilidades de promoción y desarrollo profesional, en todo momento determinan la visión que el trabajador tiene de su propia calidad de vida, y que estas variables se asocian de forma negativa y significativamente al trabajo nocturno que desarrollan las matronas/enfermeras en su actividad asistencial.

REVISIÓN SISTEMÁTICA DE ESTUDIOS SOBRE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN MUJERES CLIMATÉRICAS ESPAÑOLAS

Martínez Raposo P¹; González del Barrio V².

¹ Matrona en SESPA

² Matrona en SACYL

Introducción

SE CONSIDERA CLIMATERIO NATURAL COMO UN PROCESO FISIOLÓGICO NORMAL DENTRO DE LA VIDA DE LA MUJER, FORMADO POR LAS ETAPAS PERIMENOPAUSICA, MENOPAUSICA Y POSTMENOPAUSICA, NO OBSTANTE, LOS SÍNTOMAS QUE CARACTERIZAN EL SÍNDROME CLIMATÉRICO PUEDEN RELACIONARSE CON LA ESFERA FÍSICA, LA PSICOAFECTIVA Y LA COGNITIVA. EL CLIMATERIO TIENE IMPACTO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD. CADA VEZ ES MÁS FRECUENTE EL USO DE ESTA VARIABLE EN NUESTRO MEDIO, AUNQUE NO SE DISPONE DE UNA REVISIÓN GLOBAL DE CÓMO SE HA ESTUDIADO EL CLIMATERIO EN POBLACIÓN DE NUESTRO MEDIO, POR ELLO EL OBJETIVO DE LA PRESENTE REVISIÓN SISTEMÁTICA ES OFRECER UNA VISIÓN CONTRASTADA DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD VALIDADOS EN POBLACIÓN ESPAÑOLA ADemás DE ANALIZAR LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD PERCIBIDA POR ESTA POBLACIÓN.

Resultados

SE OBTUVIERON UN TOTAL DE 457 ARTÍCULOS, TRAS ELLO SE SELECCIONARON AQUELLOS QUE CUMPLIAN CON CRITERIOS DE INCLUSIÓN, FINALMENTE SE ANALIZARON 13 ARTÍCULOS. DE LOS ARTÍCULOS SELECCIONADOS SE EXCLUYERON MEDIANTE MECANISMOS DE SELECCIÓN LOS DUPLICADOS, REUNIENDO FINALMENTE 10 ARTÍCULOS INCLUIDOS EN LA REVISIÓN.



DE LOS ESTUDIOS ANALIZADOS, EN EL 100% EL INSTRUMENTO UTILIZADO PARA LA CUANTIFICACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD FUE LA ESCALA CERVANTES.

INSTRUMENTOS ESPECÍFICOS USADOS PARA LA MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN MUJERES CLIMATÉRICAS VALIDADAS PARA LA POBLACIÓN DE ESPAÑA

Instrumento	Dimensiones	Ítem s	Subescalas	Muestra	Consistencia Interna
Escala Cervantes (Palacios, Ferrer-Barridos, Parrilla, Castelo-Blanco, Manabens et al., 2004)	Salud - Sexualidad - Dominio Psíquico-Relación de pareja	31	5 (EC 20 y EC 14)	n= 2.274	Alfa Cronbach 0,9082
MENCAV (Bernero, Segarra, Barcofada & Vizcaino, 2003)	Salud física - Salud psíquica - Entorno Familiar-Relaciones sexuales - Soporte social	37	NO	n= 350	Alfa Cronbach 0,84

CON RESPECTO A LA METODOLOGÍA MÁS EMPLEADA EN EL ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN POBLACIÓN ESPAÑOLA EN PERIODO CLIMATÉRICO LA MÁS PREDOMINANTE ES LA METODOLOGÍA DESCRIPTIVA, UTILIZADA EN UN TOTAL DE 7 ESTUDIOS, MIENTRAS QUE LA METODOLOGÍA EXPERIMENTAL SE UTILIZÓ EN 3.

LOS RESULTADOS SON DIVERSOS CON RESPECTO A LOS NIVELES DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN MUJERES CLIMATÉRICAS.

FACTORES ANTROPOMÉTRICOS	Castelo-Blanco et al. (2009) determinaron que valores altos de índices antropométricos como el fenotipo corporal, la distribución de la grasa corporal y el índice de masa corporal, se relacionaban con una menor percepción de la calidad de vida relacionada con la salud en mujeres postmenopáusicas. Sayón-Orea et al. (2015) concluyeron que una alta adhesión a una dieta mediterránea equilibrada y un índice de masa corporal de 25 kg/m ² o menor podría mejorar la calidad de vida de las mujeres durante la etapa climaterica.
PATOLOGÍA ASOCIADA	Úlana et al. (2009) estudiaron la percepción de la calidad de vida en mujeres climatericas con un síndrome metabólico insulinodependiente y determinaron que los niveles de calidad de vida eran similares a los de mujeres en esa misma etapa sin insulinodependencia asociada. Palacios, Neyro, de Calvo, Chaves y Rojas (2012) relacionaron una disminución en los niveles de percepción de la calidad de vida en mujeres postmenopáusicas con osteoporosis y síndrome metabólico.
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	Membrive et al. (2011) estudiaron la influencia del área laboral (en este caso sanitario o educativo) sobre la percepción de la calidad de vida en mujeres climatericas, concluyendo que sus niveles percibidos eran mayores de forma general a la población española, y concretamente dentro de la población de estudio las que trabajaban en el área educativa tenían mejores niveles. Calvo-Pérez y Campillo-Artoro (2013) atendiendo a distribución demográfica de España, determinaron que las mujeres de la provincia de Mallorca presentaban niveles más elevados en la percepción de la calidad de vida que en el resto del país.
FITOTERAPIA Y TRATAMIENTO HORMONAL	García-Martín et al. (2012) concluyeron que la suplementación con preparados lácteos con isoflavonas de soja no solo parecía mejorar la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud sino también la masa ósea en las mujeres postmenopáusicas. Borrego et al. (2015) determinaron mediante un estudio experimental que las mujeres en tratamiento hormonal y suplementación con isoflavonas de soja tenían mejor puntuación de calidad de vida. En contraposición a estos resultados Úlana et al. (2011) no encontraron diferencias en la puntuación total de calidad de vida entre los grupos control e intervención, al cual se le administraba una ingestión diaria de isoflavonas de soja. Julia, García-Sánchez, Romeu y Pérez-López (2009) concluyeron que el tratamiento con Cimífuga Racemosa aumentaba la calidad de vida relacionada con la salud en mujeres postmenopáusicas.

Conclusiones

SE MUESTRAN RESULTADOS DIVERSOS CON RESPECTO A LA INFLUENCIA DEL CLIMATERIO SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA; A PESAR DE ELLO, SE EVIDENCIA DE FORMA GENERAL LA INFLUENCIA DE ESTE PERIODO Y SITUACIONES DE SALUD ASOCIADAS AL MISMO EN LA PERCEPCIÓN DE ESTA VARIABLE.

SE MANIFIESTA LA INFLUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS ANTROPOMÉTRICAS Y DETERMINADOS TRATAMIENTOS MÉDICOS SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CLIMATÉRICAS.

LA ESCALA CERVANTES SE PERILA COMO EL INSTRUMENTO MÁS UTILIZADO EN EL ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ESPAÑOLAS.

EL CLIMATERIO ABARCA UN PERIODO DE EDAD AMPLIO DENTRO DE LA VIDA DE LA MUJER, LO QUE HACE NECESARIO INCLUIR LA MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA COMO PRÁCTICA HABITUAL POR PARTE DE LOS PROFESIONALES ENCARGADOS DE TRATAR A MUJERES CLIMATÉRICAS, DE MODO QUE SE AMPLIARÁ EL CONOCIMIENTO DE LAS NECESIDADES DE LAS MISMAS Y ELLO CONLEVARÁ A UNA PLANIFICACIÓN DE ESTRATEGIAS Y TRATAMIENTOS ADECUADOS A LAS NECESIDADES REALES Y DIMENSIONES AFECTADAS.

ALIVIAR EL DOLOR EN EL PROCESO DEL PARTO: USO DEL ÓXIDO NITROSO

ANTECEDENTES

El parto es un proceso doloroso, por eso cada vez más se utilizan más métodos farmacológicos o no para su alivio. Está claro que los no farmacológicos son inocuos para la madre y para el bebé pero.. ¿Y, los farmacológicos podemos decir lo mismo?

El óxido nitroso es un método farmacológico que se ofrece en algunos hospitales y por el que pueden optar las mujeres, muchas de ellas optan por él porque no pueden ponerse la analgesia epidural, o bien, porque han optado por los métodos no farmacológicos pero en un momento dado solicitan algo más.

OBJETIVO

Conocer la evidencia científica que existe del uso del óxido nitroso para el alivio del dolor durante el trabajo de parto y las consecuencias si las hay, que pueda tener sobre la mujer y el recién nacido.

METODO

Revisión de la bibliografía publicada en los últimos años tanto en guías clínicas como en bases de datos científicas como Pubmed, Cochrane...

RESULTADOS

Es un método seguro para la mujer y el recién nacido. Se debe instruir a la mujer en la técnica de inhalación. Está contraindicado en algunos supuestos. Tiene un grado moderado pero satisfactorio de analgesia en el trabajo de parto. Es una alternativa para el alivio del dolor a tener en cuenta para ofrecer a la gestante con un grado de evidencia B. Y hay que informar a la mujer de que le puede provocar náuseas, vómitos, somnolencia y alteraciones del recuerdo.

CONCLUSIONES

Existen muchos métodos no farmacológicos para el alivio del dolor pero en cuanto a métodos farmacológicos no hay tantos. Los opioides, la analgesia neuroaxial y la epidural son métodos que de una manera u otra pueden afectar tanto al curso natural del parto como incluso al recién nacido al nacimiento, de ahí, la importancia de resaltar el óxido nitroso porque aunque ofrezca un alivio moderado del dolor comparado con otros métodos, la evidencia nos dice que no perjudica ni al recién nacido, ni a la mujer, ni afecta a la lactancia materna, no anula el reflejo de pujo y además la mujer tiene libertad de movimientos.

PRÓTESIS MAMARIA Y LACTANCIA MATERNA



Autoras: Hernández Álvarez, Soraya Aurora**; Sánchez Prada, Raquel*; Villar Gabernet, Júlia*; Residentes de segundo curso de enfermería obstétrico-ginecológica. Hospital d'Igualada; Consorci Sanitari de l'Anoia*. Hospital de Figueres; Fundació Sault Empordà**.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha producido un aumento del número de implantes mamarios, demostrando la importancia que esto supone en el auto concepto de la mujer y como representación de erotismo y feminidad. El impacto de la cirugía en la lactancia materna dependerá de la técnica quirúrgica empleada.

OBJETIVO

Descubrir, mediante una revisión bibliográfica, la posibilidad de una lactancia materna exclusiva con implantes mamarios, y si en presencia de éstos, existe un mayor número de complicaciones y cuáles son. Conocer si las mujeres sometidas a cirugía de aumento de pecho están correctamente informadas de las consecuencias para una lactancia futura.

METODOLOGÍA

Búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed (Medline), Biblioteca Cochrane y Cuiden.

RESULTADOS

Existen prótesis de pecho de distintos tipos, tamaños y accesos para su implantación, lo que implica una mayor o menor lesión de la glándula mamaria y sus posibles implicaciones en el futuro respecto a la lactancia materna. Dificultades: necesidad de dar complementos por hipogalactia (sobre todo en incisión areolar y en hipostesia del pezón post cirugía), galactocele (nódulo de leche) y aumento de infecciones (50% asociadas a las prótesis de Hidrogel de Policrilamida), que conducen a un mayor abandono precoz de la lactancia.



ACCESOS:

AXILAR

Preserva tejido mamario intacto.
Prótesis RETROPECTORAL.
Éxito en LM.



SUBMAMARIO

Preserva el tejido mamario intacto
Prótesis SUBFASCIAL.
Mayor complicaciones en LM.



AREOLAR

Lesión del tejido mamario.
Prótesis SUBGLANDULAR.
Dificultad en LM.

CONCLUSIÓN

Se ha objetivado un déficit de estudios científicos que demuestren con datos relevantes la posibilidad de una lactancia exclusiva eficaz tras una cirugía de aumento de pecho con implantes mamarios. Quirúrgicamente el acceso axilar presenta un éxito en la LM, mientras que el acceso submamario presenta mayor complicaciones y el areolar dificultades importantes.

Concluimos con la necesidad de investigar más sobre este tema y de que las mujeres que vayan a someterse a este tipo de cirugía estén plenamente informadas de todas sus repercusiones, sobre todo las que estén en edad fértil.

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD ORIENTADO A EMBARAZADAS CON DIABETES GESTACIONAL

Paula Díaz Lozano¹, María Isabel de Dios Pérez², Belén Rojas Carmona³

¹ EIR Matrona Hospital Universitario Ceuta

² EIR Matrona Hospital Universitario Ceuta, Vocal territorial de Andalucía en la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC).

³ EIR Matrona Hospital Universitario Ceuta



ANTECEDENTES

La Diabetes Gestacional es una intolerancia hidrocarbonada que comienza o se diagnostica por primera vez durante el embarazo. La prevalencia mundial se estima entre 1-14%. Más del 90% de los casos de Diabetes que complican a un embarazo son casos de Diabetes Gestacional.

Complicaciones \rightarrow Fetales: macrosomía, distocia de hombros, lesiones del plexo braquial...
 \rightarrow Maternas: Preeclampsia, polihidramnios, aumento del riesgo de cesárea...

OBJETIVOS

Adquirir conocimiento acerca de la Diabetes Gestacional

Prevenir posibles complicaciones derivadas

Conseguir la normoglucemia materna

MÉTODO

Para el diseño del programa se ha utilizado el método PRECEDE-PROCEDE. Partiendo del análisis de factores predisponentes, facilitadores y reforzadores de la conducta se establecen los objetivos del programa y se diseña el plan de actuación.

RESULTADOS

Tras la aplicación del programa se observa:

- ✓ Adquisición de conocimiento acerca de la Diabetes Gestacional y sus cuidados
- ✓ Mejora de resultados perinatales
- ✓ Mayor control glucémico

PLAN DE ACTUACIÓN

• Sesión 1:
Conocer la enfermedad

Educación diabetológica

• Sesión 2:
Conocer la dieta adecuada

Plan de alimentación

• Sesión 3:
Realizar ejercicio adecuado

Ejercicio físico

• Sesión 4:
Autocontrol glucémico

Plan farmacológico

CONCLUSIONES

Se aporta como innovación una estructuración según los cuatro pilares fundamentales del tratamiento de la Diabetes Gestacional.

Se pone de manifiesto que con un buen abordaje de la matrona, se pueden llevar a cabo programas que mejoren los resultados perinatales.

REVISIÓN DE EVIDENCIAS DE LA INTERVENCIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN LA ATENCIÓN DEL DUELO TRAS UNA MUERTE FETAL TARDÍA

González del Barrio, V.¹; Martínez Raposo, P.²

INTRODUCCIÓN

La muerte fetal, queda definida por la OMS como "Aquellos que acontecen antes de la expulsión o extracción completa de su madre de un producto de la concepción, con independencia de la duración del embarazo. La muerte se diagnostica por el hecho de que después de dicha separación, el feto no respira ni muestra ninguna otra evidencia de vida, tal como latido del corazón, pulsación del cordón umbilical o movimiento apreciable de los músculos voluntarios".

La actitud del personal sanitario ante la pérdida gestacional ha estado marcada durante los últimos 50 años por prácticas paternalistas hacia la madre, negligentes con el padre y evitadoras con el feto. La falta de conocimientos acerca de cómo comportarse y la tendencia inconsciente a evitar situaciones negativas, hacen que, en ocasiones, se adopte una actitud no siempre correcta consiguiendo con ello estados de frustración e impotencia.

METODOLOGÍA

Se realizó un protocolo de revisión sistemática siguiendo la metodología de la declaración PRISMA. La estrategia de búsqueda se desarrolló en formato PICO, a partir del cual se identificaron DEC's (Descriptor de Ciencias de la salud) y MeSH (Medical Subject Headings).

Con estos términos y teniendo en cuenta los criterios de inclusión se realiza una búsqueda sistemática en diferentes bases de datos online: ScienceDirect, Cochrane, Web of Science, Cuiden y Dialnet. Los artículos seleccionados se someten a una lectura crítica a través del Critical Appraisal Skill Programme en español (CASPe) y AGREE II en caso de ser Guías de Práctica Clínica.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tras la extracción de los datos y debido a la heterogeneidad de los estudios, se lleva a cabo una síntesis narrativa, sintetizando los datos en tres categorías temáticas:

EXPERIENCIA DE LOS PADRES CON EL PERSONAL SANITARIO

- Valoran el apoyo emocional, la atención a la madre y el bebé, así como la asistencia al dolor de su pérdida (Gold, 2007).
- Importancia del entorno (Peter, Lisy, Ritano, Jordan y Aromataris, 2015) (Kelley y Trinidad, 2012).
- Su dolor es sentido pero no es socialmente reconocido (Kelley y Trinidad, 2012).

EXPERIENCIA DEL PERSONAL SANITARIO TRAS UNA MUERTE FETAL

- Sensación de ansiedad, impotencia y frustración que compromete la competencia profesional (Diana, del Cerro, Cañadas, García, Recover y de Merlo, 2015) (Montero et al., 2014).
- Gran impacto emocional (Gold, Kuznia y Hayward, 2008) aumentado por las preocupaciones médico-legales (Nuzum, Meaney y O'Donoghue, 2014).
- Un mayor conocimiento y comprensión del tema, aumentan los niveles de autoconfianza (Cartwright y Read, 2005).

RECOMENDACIONES PARA PRESTAR APOYO DURANTE EL PROCESO DEL DUELO

- La GPC "Late Intrauterine fetal death and stillbirth" (Royal College of Obstetrician and Gynaecologist, 2010) informa de la atención e intervenciones que se deben ofrecer a los padres antes, durante y después del parto teniendo en cuenta también embarazos futuros.
- La revisión de la Cochrane realizada por Vicki y Trishal en 2007, condujo que no había suficiente información disponible sobre los ECA para indicar si las intervenciones que se orientan a brindar apoyo u orientación psicológica a las familias presenta algún beneficio.

CONCLUSIONES

1. El cuidado que los padres reciben alrededor del momento de la pérdida tiene un gran impacto en su percepción de la muerte, en el recuerdo de lo que sucedió, en su capacidad a la hora de hacerle frente y en su bienestar a largo plazo.
2. La falta de conocimientos y de recursos por parte del personal sanitario hacen que se adopten actitudes poco adecuadas, que generan ansiedad, impotencia y frustración, comprometiendo así la competencia profesional.
3. Una formación específica sobre duelo perinatal, habilidades de comunicación y técnicas de relación de ayuda demuestran un mayor conocimiento y comprensión del tema así como un aumento del nivel de autoconfianza de los profesionales.
4. Las investigaciones futuras en este ámbito deben centrarse en estudios observacionales prospectivos de alta calidad o ensayos controlados aleatorios de atención a los padres para determinar cómo las intervenciones del personal sanitario afectan en la evolución del duelo.

BIBLIOGRAFÍA

- AGREE Next Steps Consortium (2009). El Instrumento AGREE II Versión electrónica.
- CASPE Critical Appraisal Skills Programme. Español (2011) Cartwright, P., & Read, S. (2005). Working with practitioners to develop training in perinatal loss and bereavement: Evaluating three workshops. *Nurse education in practice*, 5(5), 266-272.
- Diana, C. S., del Cerro, E. L., Cañadas, A. M. C., García, M. T. G., Recover, A. N. A., & de Merlo, G. G. (2015). Muerte fetal anteparto. Duelo perinatal. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*.
- Gold, K. J. (2007). Navigating care after a baby dies: a systematic review of parent experiences with health providers. *Journal of Perinatology*, 27(4), 230-237. doi:10.1038/sj.jp.7211676.
- Gold, K. J., Kuznia, A. L., & Hayward, R. A. (2008). How physicians cope with stillbirth or neonatal death: a national survey of obstetricians. *Obstetrics & Gynecology*, 112(1), 29-34.
- Montero, S. M. R., Sánchez, J. M. R., Montoro, C. H., Crespo, M. L., Jorán, A. G. V., & Tirado, M. B. R. (2011). La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud.
- No, G. T. G. (2010). Late Intrauterine Fetal Death and Stillbirth.
- Nuzum, D., Meaney, S., & O'Donoghue, K. (2014). The impact of stillbirth on consultant obstetrician gynaecologists: a qualitative study. *BDS: An International Journal of Obstetrics & Gynecology*, 12(16), 1020-1028.
- Kelley, M. C., & Trinidad, S. B. (2012). Silent loss and the clinical encounter: Parents' and physicians' experiences of stillbirth—a qualitative analysis. *BMC pregnancy and childbirth*, 12(1), 137.
- Peters, M. D., Lisy, K., Ritano, D., Jordan, Z., & Aromataris, E. (2015). Caring for families experiencing stillbirth: Evidence-based guidance for maternity care providers. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*.
- Urrutia, G., & Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metanálisis. *Medicina clínica*, 135 (11), 507-512.
- Vicki, Friendly, Trish Wilson, (2009) Apoyo a madres, padres y familias después de la muerte perinatal (Revisión Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. (Traducido de The Cochrane Library, 2008 Issue 1 Art. no. CD000452, Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- World Health Organization (2000). Definitions and indicators in family planning, maternal & child health and reproductive health used in the WHO regional office for Europe.

CONTROL NATURAL: UNA NUEVA FORMA DE CONTROLAR TU FERTILIDAD

, Fontecha TM¹, de Cos MG¹, Robles LG¹

¹ Matrona en Servicio de Salud del Principado de Asturias

INTRODUCCIÓN

La anticoncepción natural se ha venido realizando desde la antigüedad, aumentando en los últimos años el número de mujeres que optan por este método por diferentes motivos. Las nuevas tecnologías permiten llevar un control del ciclo menstrual y de la fertilidad de una manera más cómoda y sencilla. Llevando el registro de una serie de parámetros como son la temperatura, el aspecto del moco vaginal y la duración de los ciclos podemos conseguir conocer los días fértiles y no fértiles de la mujer (método sintotérmico). Este método combina el método Billing (moco cervical), Ogiño (ritmo o calendario) y temperatura. La OMS (Organización Mundial de la Salud) y la Sociedad Española de Ginecología (SEGO) lo reconocen como un método anticonceptivo con eficacia similar a la píldora anticonceptiva (98%).

En torno a dos días antes y después de la ovulación se considera el momento fértil de la mujer porque reconociéndolo se va a poder evitar o prologar el embarazo.

DESCRIPCIÓN

Para evitar embarazo se deben cumplir las siguientes condiciones:

Reglas regulares

No tener fiebre

También en el postparto, reconociéndolo como una etapa única en el proceso reproductivo de la mujer, por sus características propias del proceso de recuperación se pueden beneficiar de la anticoncepción natural. El método MELA consiste en evitar de forma natural la ovulación de la mujer con los niveles altos de prolactina que se producen cuando da el pecho. No obstante para que sea efectivo deben darse unas condiciones:

-Ser los primeros meses tras dar a luz.

-La mujer no debe tener la regla.

-Lactancia materna a demanda y exclusiva.

-No estar más de 6 horas sin mamar por la noche.

-No estar más de 4 horas sin mamar por el día.

En estudios recientes se ha demostrado que el MELA es tan eficaz como cualquier otro método no quirúrgico de planificación familiar, mantiene una eficacia del 99,5% durante los primeros 6 meses, recogida por la OMS.

La aplicación que vamos a exponer a continuación, que llamaremos CONTROL NATURAL, tiene como objetivo responder a las necesidades de aquellas mujeres que desean controlar su ciclo menstrual de una manera natural para evitar o buscar una gestación y las que utilicen la lactancia como anticonceptivo. Su función es ayudarles a registrar las variables, darles información y recordarles a través de alarma cada uno de los aspectos relacionados con su momento vital.

Para utilizar la APP la mujer debe leer una **introducción informativa** que explica en qué consiste el método y cuáles son las mujeres que pueden utilizarlo, realizando un **breve test** a la mujer para ver si es apta para ello.

RESULTADOS



BUSCO EMBARAZO

La APP dará el aviso, a través de una alarma, cuando la mujer coincida con sus días fértiles, días más propicios para tener hijos/as.



BUSCO ANTICONCEPCIÓN

La APP da el aviso, a través de una alarma, cuando la mujer coincida con sus días fértiles para que pueda utilizar su método de barrera o algún otro método.



MELA

Para ser controlado de las fases del ciclo, podrá utilizarlo el día cuando se levanta, cada vez que se da el pecho, o cualquier otro día cuando está despierta, siempre que a él y la madre, con el fin de que la producción de leche aporte la lactancia y que la prolactina que se produce, le impida ovular y que así evite los embarazos no deseados.
La APP avisará a la mujer cuando coincida con periodos de alto nivel de prolactina y así evitará el embarazo.

CONCLUSIONES

Existen distintas aplicaciones para Smartphone que permiten tener un control del ciclo menstrual, pero ninguna tan enfocada como esta para su uso como control de la fertilidad, incluyendo algo novedoso en las aplicaciones, la lactancia materna, como método anticonceptivo, por lo que nos parece esencial como instrumento para aquellas mujeres que opten por estos métodos.

REFERENCIAS

- (1) García-Figueroa RB, Malanco-Hernández LM, Lara-Ricalde R, García-Hernández A. Anticoncepción y lactancia. Específicamente de los embarazos. Conceptos actuales. Ginecol Obstet Mex 2014;82(6).
- (2) Haghenbeck-Ahamirano FJ, Ayala-Yáñez R, Herrera-Mellón H. Métodos de planificación familiar basados en el conocimiento de la fertilidad. Ginecol Obstet Mex 2012;80(4):276-284.
- (3) Soler F. Asesoramiento/educación sanitaria a la mujer. Métodos anticonceptivos naturales (II). Matronas Profesión 2005;6(3):5-13.
- (4) Tobón JJZ. Anticoncepción: ¿cuál método seleccionar? latina 2006;21(3):290-291.
- (5) Herrero I, Sesin SE, Maldana MA, Cáceres SM. METODOS ANTICONCEPTIVOS DURANTE LA LACTANCIA: Revisión. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina 2006;178:22-26.

ACREDITACIÓN



Por la presente NOTIFICACIÓN, le informo de la resolución firmada por la Ilma. Directora General de Planificación, Investigación y Formación con fecha 08/10/2015 y motivada en los siguientes términos:

ANTECEDENTES DE HECHO

Primero. Que cumpliendo los requisitos exigidos, se presentaron diversas solicitudes de acreditación de actividades docentes de formación continuada para profesiones sanitarias con los datos identificativos que figuran en la relación del Anexo I del presente documento.

Segundo. Que se han aplicado los procedimientos de evaluación según los acuerdos de la Comisión Nacional de Formación Continua de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid conforme a lo dispuesto en el artículo 3.2 del Decreto 65/2005, y como resultado de ello, el correspondiente expediente de las solicitudes expuestas (Peritajes, Opinión, Memorando, Organización y Evaluación, Inquirido, o sugerido), en el presente caso el valor de 1 (precio del 1 a 2,4).

Tercero. Que tras seguir el procedimiento administrativo establecido, se ha emitido la propuesta preceptiva por parte de la Comisión de Formación Continua de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid, para su resolución según lo dispuesto en el artículo 11.1 del Decreto 65/2005, siendo en este caso favorable a la acreditación, conforme a los hechos citados.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero. El Decreto 65/2005 de 13 de abril, por el que se crea la Comisión de Formación Continua de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid y se regula su composición y funcionamiento, establece entre sus funciones (Art.12): "La organización y gestión de la acreditación de actividades docentes de formación continua continuada, a efectos de los programas o unidades organizativas de las mismas, siguiendo las normas generales, técnicas y técnicas establecidas por la Comisión Nacional de Formación Continua del Sistema Nacional de Salud". Igualmente señala, que para recibir las solicitudes de actividad, será preceptiva una propuesta de resolución por parte de la Comisión (Art.10.2).

Segundo. La Orden 384/2005 de 25 de mayo de la Consejería de Sanidad, sujeta a delegar en el Director de la Agencia de Formación, Investigación y Evaluación Sanitarias de la Comunidad de Madrid las competencias para la resolución de los procedimientos para la acreditación de actividades de formación continuada y Centros o Unidades Docentes del Decreto 65/2005, de 13 de abril, por lo que se crea la Comisión de Formación Continua de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid, competencias que en su momento fueron transferidas según Decreto 11/2007, de 11 de octubre, a la Dirección General de Investigación, Formación e Infraestructuras Sanitarias, denominada actualmente Dirección General de Planificación, Investigación y Formación (Decreto 73/2015, de 7 de julio).

Tercero. Conforme a lo dispuesto en el artículo 4.7 del Decreto 73/2015, de 7 de julio, del Consejo de Gobierno, por el que se modifica la estructura orgánica de las Consejerías de la Comunidad de Madrid, corresponde a la Dirección General de Planificación, Investigación y Formación el ejercicio de las citadas competencias.

RESULTADO

Primero. ACREDITAR las actividades docentes de formación continuada, que se detallan en el siguiente Anexo.

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

Proveedor: Asociación Española de Matronas

I	Nº Expediente: 07-APOC-0847.7/2015	Modalidad: Presencial	Créditos: 3,7
Título: II SEMINARIO INTERNACIONAL PARA MATRONAS			
Fecha de registro:	14/09/2015	Fecha de resolución:	08/10/2015
A celebrar del:	22/10/2015 al 24/10/2015	en MADRID	
Profesores:	Enfermería de la Comunidad de Madrid		





Segundo.- La validez de la presente resolución de acreditación quedará condicionada al cumplimiento de los siguientes requisitos:

1º Veracidad y cumplimiento exacto, por parte de la entidad proveedora, de la información y actividades docentes que figuran en la solicitud de acreditación, así como colaborar en los requerimientos de documentación que, en su caso, le haga la Secretaría Técnica de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid.

2º El proveedor, solo podrá utilizar el logotipo de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid, tanto en los documentos, publicidad o imagen corporativa, inequívocamente asociado a la actividad docente acreditada y nunca de forma general o inespecífica, de forma que el logotipo y el título de la actividad docente, siempre aparezcan unidos indistintamente. Asimismo deberá incluir el texto "Actividad acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid-Sistema Nacional de Salud", con el número de expediente y el número de créditos otorgados en los certificados de asistencia y aprovechamiento de los participantes. No se podrá hacer uso de ningún otro logotipo, o mención, de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, salvo autorización expresa por el organismo competente.

3º Cumplimiento de los requisitos reglamentarios exigidos que fueren de aplicación en su caso.

Contra esta Resolución, que no agota la vía administrativa, cabe interponer recurso de alzada ante la Viceconsejería de Sanidad 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 39/1992, de 28 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.

Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid
Pdo.: D. J. del Mar, María Pérez, Jébara
Secretaría Técnica de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid

María Angeles Rodríguez Recalde
Presidenta
Asociación Española de Matronas
Avda. Mercedes Peláez, 83,3
28007 Madrid

