



Libro de Resúmenes

XVIII CONGRESO NACIONAL ASOCIACION ESPAÑOLA DE MATRONAS



Málaga 25-27 de Mayo 2017



XVIII CONGRESO NACIONAL DE
MATRONAS
25-27 MAYO 2017 MÁLAGA



COMUNICACIONES ORALES

AUTORAS: Sara Reyes Jiménez, Eva María Ortega Ballesteros, Laura Giraldo Valls. Hospital "Reina Sofía" (Córdoba)

INTRODUCCION

La rotura prematura de membranas prematuras(RPM) complica el 1-5% de los embarazos y es el principal factor que contribuye a la morbilidad perinatal. La vitamina C es un antioxidante soluble en agua que estimula y protege la síntesis de colágeno y es importante en el mantenimiento de la integridad celular en un embarazo.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es evaluar el papel de la suplementación con vitamina C en la prevención de la RPM.

MATERIAL Y MÉTODO

Búsqueda bibliográfica en principales bases de datos: pubmed, uptodate y cochrane en un periodo temporal (2006-2016). Los descriptores utilizados son: vitamina C, rotura prematura de membrana; embarazo; ácido ascórbico.

RESULTADOS

Los niveles de ácido ascórbico fueron bajos en las mujeres con RPM $0,41 \pm 0,08$ frente a $0,84 \pm 0,19$ mg/dl. Se observó una relación inversa entre la duración de la ruptura de las membranas y los niveles de vitamina C. Hubo una diferencia significativa en la morbilidad materna, la morbilidad neonatal y la mortalidad. Asociación significativa entre el 8-isoprostano bajo, vitamina C baja, el estado de oxidante total alto y la ocurrencia de RPM ($p < 0,001$). 170 mujeres de 14 semanas gestación recibieron 100 mg de vitamina C diariamente, la RPM ocurrió en el 44,7% de los controles y en el 31,8% de los casos. La ruptura de membranas disminuyó significativamente en el grupo de casos. La administración de vitamina C disminuyó los niveles de estriol no conjugados en los pacientes con RPM. El período de latencia hasta el parto en gestaciones entre 24-34 semanas con RPM fue significativamente mayor en el grupo que recibió vitamina C en comparación con el grupo control ($11,2 \pm 6,3$ días frente a $6,2 \pm 4,0$ días, $p < 0,001$). La edad gestacional al momento del parto también fue significativamente mayor en el grupo de vitaminas en comparación con el grupo control ($31,9 \pm 2,6$ semanas versus $31,0 \pm 2,6$ semanas, $p = 0,01$).

CONCLUSIONES

La concentración de vitamina C fue baja en mujeres con RPM se debe incidir en la suplementación de vitamina C para evitar las complicaciones de la rotura prematura de membranas desde atención primaria. Los resultados también indicaron que la administración de ácido ascórbico era un método seguro y eficaz para reducir la incidencia de RPM. La alteración en el estriol no conjugado es un mediador activo para este efecto.

VARIABILIDAD DE LA GASOMETRÍA ARTERIAL DE CORDÓN UMBILICAL SEGÚN EL TIEMPO TRASCURRIDO ANTES DE SU ANÁLISIS.

ORAL

Nº 2

AUTORES: Patricia Guillén Guzmán, Noelia Carmen Planells Domingo, Silvia Navarro Hernández, Sonia Carratala Navarro, Juan Antonio Torres Martínez. Hospital " Lluís Alcanyís , Xàtiva , (Valencia)

INTRODUCCION

El estudio de los gases en sangre del cordón después del parto aporta información sobre la oxigenación fetal y placentaria al nacer, es decir, del estado del feto. Se aconseja realizarlo de forma sistemática, ya que permite el diagnóstico de la acidosis del recién nacido en el momento del parto, su intensidad y tipo, facilitando su tratamiento inmediato. Dado los diferentes resultados encontrados y la heterogeneidad en las prácticas que se realizan en nuestro contexto sanitario, nos parece oportuno realizar este estudio en nuestro departamento y poder realizar un protocolo que homogenice la práctica basándonos en nuestros propios resultados.

OBJETIVO

Conocer si existen diferencias en los resultados de la gasometría arterial del cordón umbilical según se analice la muestra al minuto, a los diez o a los treinta minutos, sometida a las mismas condiciones ambientales. OBJETIVOS ESPECIFICOS: Conocer si existe diferencias en la gasometría arterial mediada en esos tiempos, según sea el tipo de inicio de parto (espontáneo/ inducido), si hay variabilidad en la gasometría arterial mediada en esos tiempos, según se tome la muestra del cordón (camplado / no camplado), si hay relación entre los resultados obtenidos en la gasometría arterial y el tiempo de expulsivo ($\geq 2h$ / $< 2h$) y si hay diferencias en los resultados de la gasometría arterial según el tipo de analgesia (Epidural/ Otros)

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño del estudio: Estudio observacional transversal prospectivo

Población de referencia: Mujeres gestantes pertenecientes al Departamento de Salud de Xàtiva-Ontinyent (Comunidad Valenciana).

Sujetos de estudio: Gestantes a término con embarazo único que ingresan en el área de paritorio del Hospital Lluís Alcanyís (Xàtiva) desde el 1 de noviembre de 2016 al 1 de abril de 2017.

Criterios de inclusión:

- Gestante de bajo y medio riesgo, único, a término (37-40 SG),
- Finalización por vía vaginal y eutócica,
- Aceptación de la gestante para participar en el estudio (Consentimiento verbal) tras recibir la información sobre el mismo.

NOTA: Después de la realización de un estudio piloto con 10 muestras se decide por parte del equipo investigador añadir en los criterios de inclusión aparte de gestante de bajo riesgo a las de medio riesgo, debido a la insuficiencia de la representatividad de la muestra.

Criterios de exclusión:

- Gestante de riesgo alto, o muy alto.
- Embarazo múltiple.
- Parto Pretérmino o Postérmino
- Finalización del parto vaginal distócico o abdominal (CST)
- Negativa de la mujer gestante a participar en el estudio.
-

VARIABLES DEPENDIENTES:

➤ Principales

- Valor del pH arterial analizado en el primer minuto tras tomar la muestra, a los 10 min y a los 30 min.

➤ Secundarias

- Valor del exceso de bases (arterial) analizado en el primer minuto, a los diez y a los treinta tras tomar la muestra.
- Valor del pO₂(arterial) analizado en el primer minuto, a los diez y a los treinta tras tomar la muestra.
- Valor del pCO₂ (arterial) analizado en el primer minuto, a los diez y a los treinta tras tomar la muestra.

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Paridad (nulípara/múltipara).
- Control del embarazo (adecuado/escaso o ninguno).
- Comienzo del parto (espontáneo/inducido).
- EGB (positivo/negativo).
- Administración de Oxitocina (sí/no).
- Administración de analgesia epidural (sí/no).
- Amniotomía (sí/no).
- Horas de bolsa rota (≤ 12 h / > 12 h).
- Líquido amniótico (claro/meconial fluido/meconial espeso).
- RCTG (normal/sospechoso/patológico).
- Tiempo total de dilatación en minutos (≤ 8 horas / > 8 horas).
- Tiempo total del expulsivo en minutos (≤ 2 horas / > 2 horas).
- Peso del recién nacido (bajo peso / normopeso / alto peso).
- Apgar 1 minuto (≤ 7 / > 7).
- Apgar 5 minutos (≤ 7 / > 7).
- Apgar 10 minutos (≤ 7 / > 7).
- Reanimación avanzada del RN (sí/no).
- Ingreso en neonatos (sí/no).
- Clampaje del cordón (si/ no)

Material:

- Jeringas heparinizadas (precargadas)
- Analizador de gasometrías y electrolitos Serie ABL 77
- Hoja de registro de datos AD HOC

Procedimiento:

Una vez cumplidos todos los criterios de inclusión en el estudio por parte de la gestante, en el momento del parto, y tras la salida fetal, se tomará la muestra de sangre arterial del cordón (entre 2-3 ml) en los primeros segundos (30- 45s), procurando hacer una toma correcta (sin aire ni burbujas).

Se analizará al primer minuto desde la extracción, a los 10 y a los 30 minutos posteriores a la misma extracción estando en las mismas condiciones ambientales del paritorio.

Se seleccionarán de manera aleatoria las que se realicen con el cordón clampado (precoz) o sin clampar en el momento de hacer la extracción. Se registrarán todos los datos en la hoja asignada para tal fin para su posterior análisis en el programa del paquete estadístico SPSS 20

ANÁLISIS Y RESULTADOS

Se detallan en tablas en el trabajo final tras el análisis informático de los resultados obtenidos.

CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos en nuestro estudio podemos decir que nuestra hipótesis se confirma y coincide con algunos autores, por lo tanto, RECOMENDAMOS, a falta de poder realizar otros estudios más ampliados, realizar la toma de la muestra con el cordón clampado dentro de los primeros 10 min sin que esto suponga un cambio significativo en los resultados de la gasometría arterial para embarazos de riesgo bajo y medio, sin complicaciones en el momento del parto y que dan a luz un hijo sano.

ABORDAJE DE LA ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS DE TRATA DE PERSONAS CON FINES DE PROSTITUCIÓN FORZADA EN UNA CONSULTA DE MATRONAS .

ORAL

Nº 3

AUTORES: María Martínez Pascual , Eva Martínez Travé , Lourdes Salgueda Serrat , Ramón Escuriet Peiró, Araceli Santamaría Mifsut. ASSIR Alt Empordà / Hospital de Figueres (Gerona)

INTRODUCCION

El conocimiento de los conceptos de tráfico y trata de personas , tipos de redes y sistemas de captación , son importantes para conducir una consulta en la que se presenta una posible víctima de trata con finalidad de explotación sexual . Además es imprescindible saber identificar los indicadores de sospecha y deconstruir los mitos de víctima perfecta para no desaprovechar la ocasión de trabajar con la posible víctima desde una concepción holística .Una vez identificada la víctima (sospecha),la consulta se afrontará desde una perspectiva de género con la finalidad de dar una respuesta desde la prevención , detección y atención (sobre todo en materia de salud sexual y reproductiva) pero sin olvidar los recursos existentes para poder trabajar en red de manera eficaz.

En la presente exposición se pretende ofrecer los requisitos ,características y objetivos de una consulta de matrona (agente de salud) destinada a las víctimas de trata con fines de explotación sexual , sin olvidar exponer los retos y dificultades a los que nos enfrentamos como profesionales de la salud y así ofrecer herramientas tanto dentro de la consulta cómo fuera de ella (medidas de autoprotección)

OBJETIVO

Proporcionar herramientas de actuación útiles para una consulta sanitaria con una posible víctima de trata de personas y que la actuación profesional sea eficaz y eficiente.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño de material de apoyo para los profesionales que trabajan en ámbitos en los que se pueden encontrar situaciones de trata de personas. El material se elabora a partir de un análisis documental previo y de los grupos de trabajo multidisciplinares en los que se contemplan las diferentes perspectivas del abordaje de las situaciones.

Los grupos de trabajo están formados por profesionales con intervención directa con las víctimas de trata de personas, personas vinculadas a ONG que trabajan en el tema (Genera, Apip.Acam), personas que han estado en situación de trata como informantes clave. En el grupo de trabajo se integra una profesional experta con experiencia en el tema

RESULTADOS

Guía de recomendaciones para la atención de posibles víctimas de trata de personas en las consultas de salud

CONCLUSIONES

La guía de recomendaciones supone una herramienta útil para la actuación de los profesionales y mejora la detección de las situaciones, la atención profesional que se ofrece y la posibilidad de iniciar un trabajo en red que puede mejorar la calidad de la atención que recibe la víctima de trata de personas

AUTORAS: *María Garrido Romero, M^a Consuelo Cepeda Hontecillas, Ana Juliá Gisbert. Hospital General Universitario (Valencia)*

INTRODUCCION

Hablar de infertilidad es hablar de uno de los mayores problemas tanto a nivel social como médico , que ha sido y aun sigue siendo la amenaza de la especie humana y la pervivencia de la sociedad. Hasta llegar al siglo XX del que puede afirmarse que ha sido resolutivo

en la oferta de soluciones al problema de la infertilidad, se han sucedido siglos de estudio y búsqueda de remedios y técnicas para erradicar este problema . En ese devenir, irrumpe una mujer ilustrada, autora del más célebre tratado de Obstetricia y Ginecología de la Edad Media cuyo contenido y el de todos sus textos, es indudablemente reflejo de ideas muy avanzadas para su época , tal es el caso del tratamiento de la fertilidad que no sólo estudia sino que transmite a hombres y mujeres por igual, en la Escuela Médica Salernitana, considerado primer centro médico laico europeo.

OBJETIVO

- * Traducir la obra de Trótula de Ruggiero de su versión original que se conserva en Yale University Library.
- * Seleccionar el capítulo dedicado a la fertilidad.
- * Analizar las causas tanto masculinas como femeninas de la esterilidad y los remedios descritos por Trótula.
- * Definir las competencias de la profesional matrona según el manuscrito.

MATERIAL Y MÉTODO

Para conseguir información mediante el libre acceso a internet hemos utilizado la base de datos Dialnet. La búsqueda se ha realizado utilizando las palabras clave: “Infertilidad”, “Infertilidad Femenina”, “Infertilidad Masculina”, “Matronas”, “Historia”, “Trótula” y “Escuela Salernitana”.

A las fuentes documentales solamente se pudo acceder en las salas de consulta, ya que por el valor de los mismos, no se prestan a los usuarios, sin realizar previamente una petición de consulta a los centros universitarios fuera de Valencia.

RESULTADOS

Para la obtención de los objetivos propuestos, tal y como recomiendan los eruditos en historiografía, utilizarnos la interpretación de los textos para descubrir un significado más amplio de la información obtenida.

La traducción de la obra de Trótula del latín al italiano por la Dra. Pina Cavallo Boggi publicada en 1979 y titulada “Trótula de Ruggieron, Sullemalatiedelledonne” consta de 63 capítulos de los cuales hemos delimitado, para la consecución de los objetivos, el capítulo XI titulado: “Acerca de lo que obstaculiza la concepción u acerca de lo que ayuda a quedarse encinta”.

CONCLUSIONES

Superadas las dificultades de la traducción de la obra en latín, al italiano y de este al castellano del primer manuscrito, así como la del segundo en catalán antiguo a castellano, la transcripción, estudio e interpretación del tratado de Trótula nos ha proporcionado un verdadero placer .

No cabe ninguna duda del interés que despierta a los estudiosos de las distintas disciplinas, en la actualidad consideradas científicas, de la utilidad de este tratado. Pero para nuestra profesión como matronas, su interés es mayor, puesto que nos ayuda a fundamentar cuales han sido y son nuestras responsabilidades en el cuidado y prevención en la salud de la mujer en todo su ciclo vital y más concretamente sobre la fertilidad de la pareja.

LOS CUIDADOS NO REALIZADOS Y SU REPERCUSIÓN EN LA SALUD DE MADRES Y NIÑOS: CUANDO LAS PLANTILLAS DE MATRONAS SE REDUCEN.

ORAL

Nº 5

AUTORES: Ángela Torres Díaz, Cristóbal Rengel Díaz, Trinidad Ramos Rodríguez, Ana María López Molina, Javier Oliva García, Inmaculada Cubillas Rodríguez. Hospital Materno-Infantil (Málaga)

INTRODUCCIÓN

Existe una fuerte evidencia científica de que la disminución de las plantillas de enfermería está asociada con la omisión de cuidados que son necesarios para mejorar la salud de los pacientes^{1,2}. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud el aspecto más importante en cuanto a la seguridad del paciente es protegerlo frente a daños que se puedan cometer durante la realización de su cuidado o por la omisión de los mismos.³

Según la Guía NICE el número de matronas en el entorno del parto debería ser de uno por mujer “one to one care” y el sistema de salud debe asegurar que la atención a las mujeres sea realizada de manera continua independientemente del día o de la hora del parto y de la fluctuación que pueda ocasionarse en el número de ingresos programados o urgentes de las mujeres en el hospital.⁴

La reducción del número de matronas en el área de partos en los distintos hospitales de Andalucía solo en función del número de partos, unido a la mayor complejidad de las gestantes atendidas⁵, puede llevar a estos profesionales a omitir cuidados fundamentales que repercutirán en la futura salud de las madres y de sus hijos.

OBJETIVO

Conocer y describir la repercusión de la reducción de las plantillas de enfermeras /matronas en relación a la posible omisión de los cuidados.

MATERIAL Y MÉTODO

revisión bibliográfica en Pubmed, EMBASE y Cinalth. Buscador Gerión de la Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Se seleccionaron artículos sobre la temática de estudio desde 2009 hasta la fecha actual. No se tuvo en cuenta el tipo de diseño de estudio, aceptando incluso artículos de opinión. El número total de artículos incluidos fue de 17. Las palabras claves se obtuvieron a través de MeSH (Medical Subjects Heading) relacionadas con el tema: nursing care, healthcare rationing, medical errors, nurse midwives.

RESULTADOS

Los artículos consultados revelaron que la reducción de los profesionales de enfermería puede repercutir en el cuidado prestado a los pacientes/usuarios del Servicio de salud. Los cuidados omitidos más frecuentes son los relacionados con la seguridad de los pacientes⁶, el registro de las actividades realizadas en la historia clínica, el apoyo emocional⁷, la comunicación con los pacientes⁸, desarrollar planes de cuidados y la educación sanitaria^{9,10,11}. Los turnos de trabajo de más de 12 horas pueden influir en la calidad de los cuidados que ofrecen las enfermeras¹².

CONCLUSIONES

La bibliografía muestra una relación entre la reducción de las plantillas de enfermería con efectos adversos en la calidad y cantidad de los cuidados enfermeros, seguridad del paciente así como una menor satisfacción de los mismos¹³.

En los cuidados prestados por las matronas en la atención al parto como enfermeras especialistas el descenso del número de matronas en las áreas de parto puede repercutir en los cuidados prestados y en la seguridad de las mujeres que atendemos, llevando a estos profesionales a priorizar y racionalizar los cuidados sobretodo en momentos de alta demanda asistencial.

MODIFICACIONES EN CONSTANTES HEMODINÁMICAS Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES EMBARAZADAS QUE SIGUEN UN PROGRAMA DE ACTIVIDAD FÍSICA EN EL MEDIO ACUÁTICO (PAFMAE), CON INMERSIÓN HASTA EL CUELLO.

ORAL

Nº 6

AUTORES: Juana María Vázquez Lara, Luciano Rodríguez Díaz. Hospital Universitario de Ceuta (Ceuta)

OBJETIVO

Valorar un programa de actividad física en el medio acuático con inmersión hasta el cuello, de 6 semanas de duración, en mujeres embarazadas, y su efecto sobre variables hemodinámicas y calidad de vida.

MATERIAL Y MÉTODO

Este trabajo de investigación ha sido realizado conjuntamente en el centro deportivo Body- Factory de la ciudad de Algeciras y en el Hospital Universitario de Ceuta. Se elaboró un estudio cuasi-experimental con medidas anteriores y posteriores a la intervención, consistente en la aplicación del programa de actividad física en el medio acuático para embarazadas (PAFMAE), con inmersión hasta el cuello, diseñado para las gestantes. Se han utilizado unos criterios de inclusión y un procedimiento específicos tanto para el grupo Control como para el grupo Experimental

RESULTADOS

Las gestantes que han sido entrenadas, del grupo experimental, manifiestan menor tensión arterial (Sistólica, Diastólica y Media) que el de control. En el grupo control no se producen cambios de volumen, con una tendencia al alza, en tanto que el experimental, los datos informan de una disminución con respecto a la medida inicial y un menor valor tras el entrenamiento, en las medidas antes-después efectuadas en la última sesión.

Igualmente en el ámbito de calidad de vida, en la medida anterior no se observa ninguna diferencia significativa, pero en la medida posterior, en el grupo experimental se observan diferencias significativas en áreas diversas como la salud general o el rol emocional.

CONCLUSIONES

Un programa de actividad física en el medio acuático, con inmersión hasta el cuello, en mujeres gestantes, contribuye al equilibrio hidrosalino, previniendo los aumentos excesivos de volumen plasmático que son habituales en la gestación, y en la actividad del eje Renina-Aldosterona. Asimismo, el programa influye en una mejor percepción de la calidad de vida de la embarazada. Sin embargo, se hacen necesarios estudios más específicos para dilucidar los mecanismos precisos, circulatorios y neuroendocrinos implicados.

AUTORES: Luciano Rodríguez Díaz, Rocío Palomo Gómez, Juana M^a Vázquez Lara, Gema Torres Luque . Hospital Universitario Ceuta (Ceuta)

OBJETIVO

Valorar las variables funcionales en gestantes mediante un programa de 8 semanas de actividad física por medio del método Pilates

MATERIAL Y MÉTODO

Este trabajo de investigación ha sido realizado en el Hospital Quirón Campo de Gibraltar. Se elaboró un estudio cuasi-experimental con medidas anteriores y posteriores a la intervención, consistente en la aplicación de un programa de actividad física mediante el método Pilates para embarazadas. Se han utilizado unos criterios de inclusión y un procedimiento específicos tanto para el grupo Control como para el grupo Experimental

RESULTADOS

Se observa como ha sido patente la mejora de los parámetros funcionales después de realizar el programa de actividad física mediante el método Pilates, aumentando la fuerza, flexibilidad y elasticidad.

CONCLUSIONES

Lo que evidencia este estudio es que con 8 semanas con un programa del método Pilates dirigido a esta población, la mejora en parámetros funcionales son evidentes y muy beneficiosos, influyendo positivamente en el proceso del parto y en la recuperación postparto.

ADAPTACIÓN TRASCULTURAL Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO WIJMA DELIVERY EXPECTANCY/EXPERIENCE QUESTIONNAIRE VERSION A Y B SOBRE MIEDO ANTES Y DESPUÉS DEL PARTO: PROTOCOLO DEL ESTUDIO.

ORAL

Nº 8

AUTORES: María Garrido López, Cristina Roldán Jiménez, Eloísa Fernández Ordóñez, Antonio Cuesta Vargas .
Distrito Sanitario Málaga (C.S " Delicias" y C.S. " San Andrés del Torcal") (Málaga)

INTRODUCCIÓN

El miedo es un sentimiento normal durante el embarazo, parto y post-parto, sin embargo, cuando este es excesivo puede dar lugar a resultados adversos obstétricos y perinatales. A pesar de la importancia de la detección y el tratamiento precoz antes y después del parto, en España, el temor de nacimiento rara vez se ha evaluado de forma sistemática y nunca se ha usado ningún instrumento específico validado. The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (WDEQ test) es el instrumento más ampliamente estudiado y validado.

OBJETIVO

Describir el procedimiento que debe seguirse para la traducción, adaptación cultural y validación de la prueba WDEQ A y B para la población española, el cual se está realizando dentro del Programa de Doctorado de la Universidad de Málaga en la Facultad de Ciencias de la Salud.

MATERIAL Y MÉTODO

La traducción y la adaptación transcultural se realizará basándose en las recomendaciones de la Comisión Internacional de Test y recomendaciones COSMIN. Para garantizar las características psicométricas del test se establecerá: la validez de constructo y la estructura factorial a través del análisis factorial exploratorio basado en las recomendaciones de Osborne; la fiabilidad test-retest utilizando para el análisis de estadístico el coeficiente de correlación intraclass 2,1; la consistencia interna a través del α de Crombach; la validez de criterio a través de la validez convergente usando *Escala de Depresión Post-Parto de Edinburgh*, *Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg* y *Escala de Preocupación de Cambridge*; la validez de contenido basado en la opinión de 4 expertos responsables del proceso de validación y traducción y 5 mujeres , usando el panel Delphi y la metodología descrita por Lynn, también se determinará su estructura conceptual el nivel de concordancia sobre la claridad y redacción de los ítems. Se han solicitado el permiso al Comité de Ética de de Investigación Biomédica de Andalucía y se ha obtenido los permisos de los Directores de los Centros de Salud y del Director Gerente del Distrito de Málaga donde se llevará a cabo.

CONCLUSIONES

La validación del WDEQ test A y B, puede abrir nuevos campos de estudio en la obstetricia, evaluar la eficacia de las prácticas que se utilizan habitualmente que disminuyen el miedo al parto y comparar los resultados con estudios de otros países para mejorar la práctica profesional.

PROGRAMA DE ABORDAJE INTEGRAL DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y LAS RELACIONES INTERPERSONALES EN LA ADOLESCENCIA.

ORAL

Nº 9

AUTORES: Victoriano González Trujillo (Matrón), Zoraida de la Rosa Várez (Matrona), M^{ra} Teresa Rivas Castillo (Matrona), César Font Moreno (Enfermero), Miguel Ángel Barnés Torrente (Auxiliar Administrativo), Milagros Purificación Guillén González (Auxiliar Administrativo). (G.A.I.) Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

INTRODUCCIÓN

Es competencia fundamental de la Matrona de Área detectar las necesidades que se presentan en la comunidad y dar una respuesta basada en la evidencia científica existente y en las buenas prácticas clínicas. La deficitaria educación sexual, el incremento de las infecciones de transmisión sexual y los embarazos no deseados, el elevado número de abortos, el acoso escolar, la violencia y los conflictos entre la población adolescente, hace indispensable la intervención de la matrona desde una perspectiva holística. Utilizar las nuevas tecnologías y las redes sociales para mejorar la calidad de vida de los/las adolescentes preservando la intimidad, la confidencialidad y el anonimato es básico para el correcto abordaje de estos problemas socio-sanitarios. Aunque la Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva e Interrupción Voluntaria del Embarazo en su artículo 8 cita la formación de los profesionales de la salud, en la actualidad no se ha llevado a efecto de una forma institucionalizada. De igual forma, en el ámbito educativo no se ha formado a los profesionales para poder garantizar el desarrollo integral de la personalidad y la formación en valores, incluyendo un enfoque integral.

OBJETIVOS

General: Crear un Programa de Salud dirigido a la población adolescente que dé respuesta a las necesidades socio-sanitarias que presentan los/las chicos/as desde una perspectiva de género, dirigido y gestionado por la Matrona de Área de Atención Primaria.

Específicos: Informar/formar a adolescentes en el ámbito de la salud sexual y reproductiva y las relaciones interpersonales, involucrar a los distintos colectivos en su abordaje (institucional, educativo, sanitario, familiar y social), mejorar la comunicación de los profesionales de enfermería obstétrico-ginecológica con los/las adolescentes siendo una figura socio-sanitaria de referencia para ellos/as, contar con el apoyo de las nuevas tecnologías (blog, redes sociales...).

MATERIAL Y MÉTODO: Actividad dirigida a los/las adolescentes, sanitarios, educadores, padres y madres y otros agentes de salud y sociales del radio de influencia de la G.A.I. Alcázar de San Juan.

Datos recogidos desde Enero-16 a Marzo-17 de entrevistas personales de chicos/as de entre 15 y 19 años y de 1.116 encuestas dirigidas a adolescentes de 3º y 4º ESO y 1º y 2º de Bachillerato de 7 Institutos de Educación Secundaria (I.E.S), utilizando como herramientas la Adolescent Copy Scale (ACS- 2ª edición) y la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del año 2009 del Plan de Calidad del SNS, que han puesto de manifiesto la necesidad de mejorar la comunicación entre los profesionales sanitarios, educativos, las familias y la población adolescente. Esta actividad está pendiente de realizarse en 4 I.E.S durante los meses abril y mayo de 2017.

Se ha creado un Blog de Salud Sexual y Reproductiva y Relaciones Interpersonales (SSRyRI) que preserva la confidencialidad, la intimidad y el anonimato de las personas que acceden a él y que está en funcionamiento desde mayo del año 2015. El acceso al mismo se puede realizar a través de la **web** (www.saludyrelaciones.blogspot.com), por redes sociales como **Facebook** ([saludyrelaciones](https://www.facebook.com/saludyrelaciones)) y **Twitter** ([@saludyrelaciones](https://twitter.com/saludyrelaciones)) que pueden redireccionar a la página principal del Blog. También se puede acceder

directamente a través de un **Código QR** creado a tal efecto. La página está adaptada a dispositivos móviles. El Blog ha obtenido la acreditación WIS (Web de Interés Sanitario) por el Comité Evaluador de PortalesMedicos.com y ha sido dado de alta en el Directorio de Enlaces de PortalesMedicos.com con fecha de 3 de marzo de 2017.

El Programa se estructura en 5 fases interrelacionadas y complementarias:

1ª. Educativa I: Sesiones de SSRyRI de 60 minutos dirigidas a adolescentes y adaptadas según la edad. El desarrollo de las sesiones se realiza en los centros educativos y es el siguiente:

- Actualización en conocimientos de salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género.
- Infecciones de Transmisión Sexual (I.T.S.) más prevalentes y/o con mayor morbimortalidad entre la población adolescente.
- Embarazos No Deseados (E.N.D.).
- Métodos anticonceptivos y consejo contraceptivo.
- Problemas, conflictos y resolución de los mismos en las relaciones interpersonales.
- Presentación del Blog de SSRyRI como herramienta básica para la interacción adolescentes/profesionales sanitarios. Se les entrega díptico informativo con la presentación, los objetivos, el acceso y el funcionamiento del Blog.

2ª. Familiar: Sesiones de Afrontamiento de la SSRyRI y/o abuso de sustancias tóxicas de 150 minutos dirigidas a padres y madres. El desarrollo de las sesiones se realiza en los centros educativos en horario de tarde (para procurar una mayor asistencia) y es el que sigue:

- Actualización en conocimientos de salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género.
- Problemas, conflictos y resolución de los mismos en las relaciones interpersonales.
- Consumo de sustancias tóxicas (tabaco, alcohol y otras drogas).
- Presentación de los resultados de las encuestas para que tengan una visión más real de los pensamientos y necesidades de chicos/as.
- Herramientas a utilizar en el abordaje de estos temas en el ámbito familiar.
- Presentación del Blog de SSRyRI como herramienta básica para la interacción adolescentes/profesionales sanitarios.

3ª. Institucional y Sanitario: Presentación del Programa de SSRyRI en la G.A.I. Alcázar de San Juan. 20 de mayo de 2016.

4ª. Educativa II: Sesiones formativas dirigidas al profesorado (que incluye a orientadores/as) y programación de un Plan de Mejora de la SSRyRI (actividad que se está desarrollando en la actualidad).

5ª. Social: Presentación del Programa de SSRyRI a nivel de Castilla-La Mancha y los Medios de Comunicación.

- Programa de Onda Cero Radio "La Salud es lo que Importa". Sintonía 90.7 MHz FM. 18 de mayo de 2016.

- I Encuentro de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente de Talavera de la Reina. 2 y 3 de diciembre 2016.

RESULTADOS

Encuestas: El 62% de adolescentes recurre a amigos/as y el 17% a padres para conocer información sexual. El 87% no acude a profesores/orientadores cuando tienen problemas, refugiándose en la música, lectura o deporte. El 7% cree que no será feliz en el futuro. El 58% opina que los medios de comunicación no influyen en sus decisiones. El 60% piensa que los profesionales sanitarios deberían colaborar en su formación sexual. El 59% opina que la información sexual que se encuentra en internet es adecuada. El ----

79% no acudiría a un profesional sanitario si tiene una duda o problema sexual. El 85% cree que tiene una buena formación sexual. El 62% estaría dispuesto a asistir a actividades de educación sexual desarrolladas por profesionales sanitarios. El 66% accederían a un Blog de SSRyRI gestionado por profesionales sanitarios y dirigido específicamente a adolescentes.

Blog: De las 7782 visitas que se han producido hasta el momento, el 91% han sido desde territorio español y el 9% restante desde 45 países de los 5 continentes. Los países que más consultan el Blog tras España son Francia (31%) y EEUU (28%). Las temáticas de las preguntas dirigidas al Blog son: 45% problemas sexuales, 22% I.T.S., 12% anticoncepción, 9% identidad de género, 6% trastornos del ciclo menstrual, 3% I.V.E. y 3% bullying.

CONCLUSIONES

- La falta de formación de profesionales sanitarios y educativos en el ámbito de la SSRyRI, y el desconocimiento de la problemática sexual y relacional por parte de la sociedad en su conjunto, son barreras que impiden una buena comunicación con los/las adolescentes.
- El apoyo de las nuevas tecnologías y los recursos que nos brinda la red es fundamental para el abordaje de los problemas socio-sanitarios ya que nos acercan al ámbito de los/las jóvenes.
- El abordaje multidisciplinar e integral de la SSRyRI mejora los conocimientos y la formación de los profesionales sanitarios y educativos siendo un criterio de calidad asistencial.
- Acercar el Sistema Sanitario en su conjunto a la población adolescente mediante las herramientas que nos ofrece la web y las redes sociales, disminuye la incidencia de infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados e interrupciones voluntarias del embarazo.
- La figura de la Matrona de Área como profesional de referencia en la SSRyRI es básica para la captación a los diferentes programas de salud y el afrontamiento de la problemática de los/las adolescentes basado en criterios de calidad asistencial y la evidencia científica actual.

COMPARACIÓN DE PINZAMIENTO PRECOZ DE CORDÓN UMBILICAL FRENTE AL TARDÍO PARA LA DONACIÓN DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL.

ORAL

Nº 10

AUTORAS: Alba Diez Ibarbia, Estefanía Moreno Román, Paula Sáenz Cabredo, Diana Lobo Revilla. Hospital San Pedro, Logroño (La Rioja)

INTRODUCCIÓN

La sangre de cordón umbilical es útil para determinados trasplantes. Distintos factores determinan el volumen de sangre obtenido, como el momento de pinzamiento del cordón. El pinzamiento precoz se realiza antes del primer minuto de vida; entre sus efectos, los neonatos presentan niveles menores de hemoglobina; pero necesitan menos fototerapia. El pinzamiento tardío se realiza a partir del primer minuto de vida, incrementando el volumen de sangre trasfundido al neonato, hematocrito, hemoglobina y ferritina; pero puede producir policitemia. No existe evidencia que recomiende el tiempo necesario de pinzamiento para la recogida de sangre para donación que sea compatible con la recogida de un volumen suficiente de sangre. El Banco de Sangre de Cordón Umbilical de Madrid exige una muestra mayor o igual a 110g para considerarla válida.

OBJETIVO

Comparar si tanto con el pinzamiento tardío del cordón umbilical como con el pinzamiento precoz, se consigue muestra suficiente de sangre para la donación de sangre de cordón umbilical.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohortes, una de ellas definida por las gestantes a las que a su neonato se le realizó pinzamiento precoz del cordón umbilical (antes de 60 segundos) y otra, por aquellas a las que se realizó tardío (60 o más segundos). La población de estudio estuvo formada por aquellas mujeres gestantes que acudieron al servicio de partos del Hospital San Pedro de Logroño con trabajo de parto, entre junio y septiembre de 2016. Otras variables de estudio fueron: edad gestacional, tipo de pinzamiento de cordón umbilical, sexo y peso de recién nacido, inserción y características del cordón umbilical, hemoglobina y hematocrito maternos en tercer trimestre, peso placentario, Apgar del recién nacido y percentil fetal ecográfico del tercer trimestre de gestación. El tiempo de pinzamiento también se agrupó en: menos de 30 segundos, de 30 a 60 segundos y mayor de 60 segundos.

RESULTADOS

La muestra inicial la constituyeron 151 mujeres y 129 cumplieron los criterios de inclusión, de las cuales 9 fueron pérdidas. Hemos obtenido un 38.8% de muestras válidas ($\geq 110g$); muestras aptas con un pinzamiento tardío, un 22.4%; mientras que con pinzamiento precoz se lograron un 59,6%, ($p < 0,05$). No obstante, comparando el volumen de sangre válida para donación con el tiempo de pinzamiento agrupado en tres rangos, se obtiene que entre 30- 60 segundos son válidas ($\geq 110g$) un 40% de las muestras, un 71.9% para tiempo < 30 segundos y 22.4% para tiempo > 60 segundos ($p < 0.005$). Si se considera válida una muestra $\geq 90g$, como exigen otros Bancos de Sangre de Cordón Umbilical, los porcentajes de muestras válidas serían: 93.8% para tiempo < 30 seg; 70% para tiempo 30-60 seg y 61.2% para tiempo > 60 seg ($p < 0,005$). Por otro lado, el peso de la placenta y el tiempo de pinzamiento influyen sobre el volumen extraído, ($p < 0,05$); de manera que a mayor peso de la placenta o menor tiempo de pinzamiento, se obtiene mayor volumen de sangre de cordón umbilical. Además, pese a no ser estadísticamente significativas, hemos objetivado que el peso del recién nacido y la edad gestacional influyen en el volumen de sangre; cuando estas variables incrementan su valor, también lo hace el volumen recogido.

CONCLUSIONES

El pinzamiento precoz es el más eficaz para lograr volúmenes de sangre válidos para la donación de sangre de cordón umbilical como lo solicita el banco de sangre que procesa las muestras de este hospital. Por el contrario, con un pinzamiento tardío mayor o igual de 60 segundos, se obtiene menor porcentaje de muestras de sangre aptas.

No obstante, con un pinzamiento entre 30- 60 segundos se obtiene un porcentaje mayor de muestras válidas para donación que con un pinzamiento tardío mayor de 60 segundos. De esta manera, se pretende conseguir mayor número de donaciones válidas procurando el mayor beneficio para el recién nacido, a diferencia de un pinzamiento menor de 30 segundos.

AUTORES: Zoraida. de la Rosa Várez, María Teresa. Rivas Castillo, Victoriano González Trujillo. Centros de Salud de Pinos Puente e Íllora (Granada)

INTRODUCCION

La obesidad constituye un importante problema de salud, una enfermedad crónica de origen multifactorial, reconocida como factor de riesgo de padecer diferentes enfermedades.

La Organización Mundial de la Salud establece para diagnosticarla el índice de masa corporal (IMC) que se corresponde con el peso en kilogramos dividido por la talla en metros al cuadrado. En función del resultado distinguimos el grupo de bajo peso (IMC <18,5 Kg/m²), normopeso (IMC de 18,5 a 24,9 Kg/m²), sobrepeso (IMC de 25 a 29,9 Kg/m²), obesidad grado I o moderada (IMC de 30 a 34'9 Kg/m²), obesidad grado II o severa (IMC de 35 a 39'9 Kg/m²) y obesidad grado III o mórbida (IMC ≥40 Kg/m²). Se considera exceso de peso global de una población la suma de sobrepeso y obesidad.

En España, según la Encuesta Europea de Salud de 2014 en el grupo de mujeres en edad fértil el porcentaje de exceso de peso alcanza al 29,26%. En el caso de las gestantes, la obesidad al inicio del embarazo tiene una relación directa con la salud de la madre y el feto, influyendo en el desarrollo de patologías obstétricas independientemente de la ganancia de peso que se tenga durante el embarazo.

OBJETIVO

Describir la prevalencia de exceso de peso en las mujeres de dos Zonas Básicas de Salud (ZBS) de la provincia de Granada al iniciar su embarazo.

Describir la relación entre el peso al inicio del embarazo y el desarrollo de las siguientes patologías obstétricas: abortos, trastornos hipertensivos, diabetes gestacional y finalización del embarazo mediante cesárea.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cuiden, Pubmed y Cochrane Plus, limitando los idiomas a español e inglés y la antigüedad a diez años, y usando las palabras clave: aumento de peso, complicaciones del embarazo, embarazo, índice de masa corporal, obesidad, sobrepeso, y sus homólogos en inglés: weight gain, pregnancy complications, pregnancy, body mass index, obesity, overweight.

Tipo de estudio: estudio descriptivo transversal. Se estudió una muestra de 211 gestantes a las que se clasificó según el IMC al inicio de la gestación en: bajopeso, normopeso, sobrepeso y obesidad.

Ámbito de estudio: ZBS de Pinos Puente e Íllora en el período comprendido desde febrero de 2016 a febrero de 2017.

Sujetos de estudio: mujeres atendidas en la consulta de la matrona de dichas ZBS. Se consideraron los siguientes criterios de inclusión: feto único, primer control prenatal antes de la semana de gestación (SG) 11, con determinación de peso y talla en dicha visita, fecha probable de parto entre Enero de 2016 y Febrero de 2017 y parto entre el mes de Febrero de 2016 y el mes de Enero de 2017. Fueron criterios de exclusión: parto pretérmino y mujeres con diabetes pregestacional.

Variables de estudio: IMC en la primera visita, edad materna, paridad y patología gestacional.

Análisis estadístico: el análisis descriptivo incluyó tablas de frecuencias, y la representación gráfica se realizó con gráficos de barras.

RESULTADOS

Recogimos datos en la primera visita de embarazo, en cuanto a edad, paridad, IMC al inicio del embarazo y desarrollo de patología obstétrica. Recogimos datos las patologías obstétricas que la bibliografía señala relacionadas con la obesidad al inicio de la gestación: abortos, trastornos hipertensivos, diabetes

gestacional y finalización del embarazo mediante cesárea.

Del análisis de los datos recogidos podemos destacar que se trata de una población gestante joven, con el 80,6 % de las mujeres menores de 35 años, que se reparte equitativamente entre nulíparas (50,7%) y mujeres con uno o más hijos (49,3%). El 4,3% (n = 9) pertenecen al grupo de bajo peso, 46,4% (n = 98) al grupo de normopeso, 29,4% (n = 62) al grupo de sobrepeso y 19,9% (n = 42) al grupo de obesidad. Llama la atención el porcentaje de exceso de peso, que ha sido relacionado por diferentes autores con la edad, y en nuestra población mayoritariamente joven, ese exceso de peso es del 49,3%, con un porcentaje de obesidad que roza el 20%. Respecto a las patologías obstétricas estudiadas encontramos:

- Abortos: si analizamos los datos de manera relativa, el porcentaje de abortos aumenta según aumenta el IMC.
- Trastornos hipertensivos: no observamos relación entre el peso y trastornos hipertensivos en la población de nuestra muestra.
- Diabetes gestacional: la diabetes gestacional llama la atención en mujeres con sobrepeso, donde se presentó en el 11% de ellas.
- Cesáreas: en la finalización del parto no se observan contrastes según el IMC.

CONCLUSIONES

Es importante que las mujeres que desean un embarazo o someterse a técnicas de reproducción asistida, sean conocedoras de los problemas que supone el exceso de peso en una gestación. En todos los casos durante la primera visita de la gestante en nuestra consulta, ofrecimos recomendaciones en cuanto al aumento de peso adecuado según su IMC, y en cuanto a la alimentación adecuada y el ejercicio durante el embarazo.



XVIII CONGRESO NACIONAL DE
MATRONAS
25-27 MAYO 2017 MÁLAGA



COMUNICACIONES POSTERES

ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LA DEBILIDAD DEL SUELO PÉLVICO TRAS EL PARTO

POSTER

Nº 1

AUTORAS: Patricia Vico Arias, Elena Ruíz Garrido, Ana Isabel Molina Medina. Hospital " Santa Ana" , Motril (Granada)

OBJETIVOS:

Objetivo general. Evaluar el impacto de una terapia educativa puerperal en el fortalecimiento del suelo pélvico sobre la salud maternal.

Objetivos específicos:

Analizar las modificaciones respecto a la incontinencia urinaria.

Cuantificar los cambios respecto al fortalecimiento de la musculatura pélvica.

MATERIAL Y MÉTODO: Ensayo cuasi experimental que se desarrolla en atención primaria de salud, previa aprobación por el comité ético del área sanitaria.

La captación de las mujeres se realizó en la visita puerperal previa información y consentimiento para participar en el mismo. Se realiza valoración inicial de incontinencia urinaria mediante el *Cuestionario de Incontinencia Urinaria de la Junta de Andalucía*. Además, se realiza valoración de la fuerza de contracción perineal mediante tacto vaginal. En las 6 semanas posteriores se desarrolla una actividad grupal para dotar al as usuarias de los conocimientos y habilidades necesarias para, mediante ejercicios de suelo pélvico y medidas higiénico dietéticas, fortalecer la musculatura perineal. 8 semanas tras la finalización de la intervención, se repite la valoración inicial.

RESULTADOS: Se obtuvo una muestra de 84 mujeres que completaron la valoración inicial y final. Para el análisis estadístico se realizó análisis multivariante mediante paquete estadístico SPSS, fijando un IC del 95%. Respecto a la incontinencia urinaria previa a la intervención, el 53,76% de la muestra manifestó padecerla; tras la intervención el 21% continuaba padeciendo IU, la asociación entre IU y la terapia educativa tuvo significancia estadística ($p=0,002$). Respecto al fortalecimiento del suelo pélvico, la ganancia de fuerza en la valoración posterior respecto a la previa a la intervención fue de 2,8 puntos, lo que supone una asociación positiva entre la terapia educativa y dicho fortalecimiento con un nivel de significación estadística $p= 0,0034$.

CONCLUSIÓN: La actividad asistencial dirigida a las puérperas con la finalidad de prevenir y/ o tratar la debilidad del suelo pélvico es efectiva para disminuir la prevalencia de IU así como aumentar la fortaleza de la musculatura perineal. Es por ello, que dicha terapia educativa se debe divulgar en nuestro medio como tratamiento protocolario en el puerperio, dentro de la cartera de servicios de la atención primaria de salud y como actividad asistencial en el proceso de embarazo parto y puerperio.

EXCITACIÓN SEXUAL DE LA MUJER DURANTE EL POSPARTO. ESTUDIO OBSERVACIONAL.

POSTER

Nº 2

AUTORAS: María Garrido López , Laura Moreno Mira . Distrito Sanitario (C.S. " Las Delicias" y C.S. " San Andrés del Torcal) (Málaga)

INTRODUCCIÓN

La reducción de la actividad sexual y los problemas disfuncionales son muy frecuentes en el período perinatal, la intimidad, sexualidad junto con el deseo y la excitación entre la pareja tras la paternidad/maternidad es muy vulnerable y se suele ver afectada. Según los estudios indican que tras el parto hay un periodo no sexual en los primeros meses, que vuelve a ver un retorno entre el tercer y sexto mes. La disfunción sexual femenina es frecuente sin embargo rara vez buscan asesoramiento o tratamiento de los profesionales en salud.

OBJETIVO

Conocer la excitación sexual de las mujeres durante el posparto desde la consulta de atención primaria

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional y trasversal, se recogió una muestra de 30 mujeres. El instrumento de medida fue el Cuestionario Evaluador de la Función Sexual de la Mujer, escogiendo los ítems 3, 4 y 5 para valorar la dimensión excitación sexual, cuyo corte fue: trastorno severo: 1-3, trastorno moderado 4-7, sin trastorno: 8-15. Se aplicó en la consulta de la matrona. Las variables de control fueron paridad (primípara, no primípara) y pareja (estable, no estable), para su análisis se utilizó el test estadístico Chi-Cuadrado y el programa SPSS22.0.

RESULTADOS

La edad mediana de la muestra era de 31 años y su rango intercuartílico 3,2. Todas las mujeres contestaron todos los ítems, un 30%(6) obtuvieron sin trastorno un 83,3% (25) trastorno moderado 13,3% (4) y trastorno grave 3,3%(1). Respecto a la paridad y la pareja para no hubo diferencia significativa ($p>0,05$)

CONCLUSIONES

A pesar que la mayoría de las mujeres no presenten disfuncionalidad en la excitación debe continuar evaluando las siguientes dimensiones del test deseo, lubricación, orgasmo, problemas con la penetración vaginal y ansiedad anticipatoria, para poder saber la funcionalidad sexual. Las intervenciones deben formar parte de la atención integral de salud perinatal para ayudar a las parejas a mantener una relación íntima y sexual positiva.

VALORACIÓN FUNCIONAL DEL SUELO PÉLVICO EN EL POSPARTO Y FACTORES DE RIESGO Y PREVALENCIA DE SU PATOLOGÍA.

POSTER

Nº 3

AUTORES: Victoriano González Trujillo , M^a Teresa Rivas Castillo , Zoraida de la Rosa Várez , Milagros Purificación Guillén González . G.A.I. Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

INTRODUCCIÓN

La **Incontinencia Urinaria (IU)** se define como la pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable y en cantidad suficiente como para constituir un problema social e higiénico en quien la padece. El **Prolapso de Órganos Pélvicos (POP)** es el descenso parcial o total de todos algunos de los siguientes órganos a través de la vagina o por debajo de ella: uretra, vejiga, útero y recto. Son patologías que están frecuentemente asociadas y constituyen un problema clínico, social e higiénico en las mujeres tras el proceso del parto. El embarazo, el parto vaginal, la multiparidad y el estreñimiento, entre otros, son factores de riesgo importantes en el desarrollo de las mismas. La prevalencia de la IU asociada al embarazo oscila entre el 6% y el 29%, y la prevalencia del POP se sitúa entre el 5% y el 10%. La incidencia máxima de la IU se da durante el embarazo y la del POP tras el parto vaginal. La mayoría de los estudios de la valoración funcional del suelo pélvico se realizan a los 6 meses del parto. No existen apenas estudios a las 8 semanas posparto que es cuando se puede iniciar un proceso de fortalecimiento de la musculatura de suelo pélvico en caso que sea necesario. La Matrona de Atención Primaria es el profesional que por sus competencias y formación puede valorar el suelo pélvico en consulta para identificar de forma temprana la patología e iniciar un abordaje multidisciplinar que mejore los resultados.

OBJETIVOS

- Estructurar una entrevista clínica para identificar factores de riesgo asociados a la IU y el POP.
- Aprender a realizar una valoración funcional del suelo pélvico de forma manual.
- Conocer el perfil de las mujeres para realizar posteriores programas de recuperación del suelo pélvico.
- Investigar la relevancia clínica de la patología del suelo pélvico.
- Estudiar la prevalencia de la patología del suelo pélvico (IU y POP).

MATERIAL Y MÉTODO

El **Diseño** del estudio ha sido descriptivo retrospectivo y se ha realizado un **Análisis Estadístico** con el Paquete SPSS 20.0.

La **Población de Estudio** la constituyen 390 mujeres que acudieron a consulta de valoración del suelo pélvico a las 8 semanas posparto desde Agosto de 2014 a Marzo de 2017 en los C.S. Campo de Criptana, Herencia y Villafranca de los Caballeros (dependientes de la G.A.I. Alcázar de San Juan).

El único **Criterio de Exclusión** ha sido los partos múltiples.

Las **variables** estudiadas han sido: edad, paridad, tipo de parto, peso del RN, tipo de lactancia, realización de ejercicios de recuperación del suelo pélvico, asistencia a psicoprofilaxis, posición en expulsivo, tiempo de dilatación y expulsivo, anticonceptivo, tipo de desgarro, patología previa, medicación, tipo de alumbramiento, origen y derivación.

Las **fuentes de información** fueron:

- Historias Clínicas.
- Entrevistas Personales.
- Exploración Física que incluye:

. *Exploración Visual:* Presencia de escoriaciones, eritema, micosis, vesículas o leucorrea; valorar

asimetría en musculatura perineal; preguntar por si existe dispareunia; comprobar el estado trófico de la piel; ver la distancia ano-vulvar y la apertura del introito vaginal; observar los márgenes perineales por si existen fisuras o hemorroides.

. *Palpación*: Valorar la elasticidad y el tono de la musculatura perineal; palpación de la pared anterior (uretra y vagina); palpación de la pared posterior para valorar la presencia de cicatrices fibróticas por episiotomías y/o desgarros.

. *Valoración Muscular Involuntaria o Neurológica* (sensibilidad cutánea, reflejos anal, perineal a la tos y clitoridiano).

. *Valoración Muscular Voluntaria mediante el Protocolo de Valoración de Laycock denominado con el acrónimo PERFECT* (P = power o fuerza, E = endurance o resistencia, R = repetitions o fatigabilidad, F = fast o rapidez, ECT = every contraction timed o medición de cada contracción). Para valorar la fuerza (P) de la contracción muscular hemos utilizado la Escala de Valoración Modificada de Oxford para la musculatura del suelo pélvico que la gradúa de 0 a 5, siendo 0 una respuesta muscular nula y 5 una respuesta muscular fuerte. Además, se valorar las posibles contracciones parásitas abdominales y/o glúteas y la inversión de la orden perineal. La resistencia (E) es el tiempo máximo que la mujer es capaz de contraer la musculatura del suelo pélvico con la máxima fuerza de contracción hasta que el músculo se fatigue. La fatigabilidad (R) se valora registrando el número de contracciones con un máximo de 10 que la mujer es capaz de realizar con la máxima resistencia, con tiempo de descanso entre contracción y contracción de 4 segundos. La rapidez (F) se valora tras 1 minuto de descanso realizando el mayor número de contracciones rápidas de un segundo hasta que la musculatura se fatigue, con máximo de 10. Las siglas ECT recuerdan que las contracciones son temporalizadas y registradas, de manera que el programa de ejercicios de cada paciente se realiza de forma individualizada y específica (en nuestro caso, al ser exploraciones manuales no se pueden temporalizar y registrar de forma objetiva).

. *Valoración de la Estática de los Órganos de la Pelvis*: Comprobar la presencia de POP y el grado del mismo mediante la Escala de Baden-Walker (valora el prolapso según la situación del órgano prolapsado en relación al introito vaginal; el grado I estaría a la altura de las espinas isquiáticas, el grado II entre las espinas isquiáticas y el himen, el grado III desciende por fuera del nivel del himen y el grado IV es el prolapso total). Para evidenciar el tipo y el grado de IU se debe colocar a la mujer en supino y animarla a toser con fuerza y de forma repetida. Si hay sincronismo entre el esfuerzo y la pérdida de orina habría que sospechar IU de esfuerzo. Si hay un desfase de tiempo entre el esfuerzo y la fuga urinaria habría que sospechar IU de urgencia. Si no hay pérdidas en supino, realizar el test en posición bípeda, ya que algunas casos de incontinencia solo se manifiestan en posición ortostática.

. *Valoración de la Estática Lumbo-Abomino-Pélvica*:

. Tono de la cincha abdominal (oblicuos y transversos del abdomen). Inspiración abdominal profunda y palpar el grado de resistencia que ofrece el músculo al estiramiento.

. Presencia de diástasis abdominal. El test es positivo si la separación entre los dos vientres musculares de los rectos anteriores supera los 2,5 cm. Realizar el test a continuación a nivel supra e infraumbilical.

. Grado de hiperlordosis lumbar.

. Grado de acortamiento del músculo psoas-iliaco.

. Bloqueo del diafragma en posición inspiratoria.

RESULTADOS

De las 430 mujeres a las que se realizó valoración puerperal en los 5 primeros días posparto en el Centro de Salud o domicilio, 40 no acudieron a la valoración del suelo pélvico a las 8 semanas posparto, lo que supone un 9,3%. La no asistencia a la consulta de valoración del suelo pélvico se situó en el 40% entre las mujeres de origen árabe, 8,9% entre las de origen nacional y 4,4% entre las de origen de Europa del Este.

El **perfil medio** de la mujer que acudió a la consulta de valoración del suelo pélvico fue el de una mujer de 32,2 años, con IMC de 25,1, que tuvo un bebé de 3217 gr, múltipara (50,3%), con parto eutócico (69,7%), con una duración del periodo de dilatación de 261 min y de expulsivo de 66 min, a la que administraron analgesia epidural (77,7%), con alumbramiento dirigido (73,8%), con lactancia natural exclusiva (52%), que no mantienen relaciones sexuales (40%), que no suele realizar ejercicios de

fortalecimiento del suelo pélvico (71,7%), con parto en posición de litotomía (77,9%), que tuvo algún tipo de desgarro perineal (52,1%), a la que no se le realizó episiotomía (67,7%), que asistió a psicoprofilaxis (65,4%), sin patologías previas (94,8%), que no toma medicación (97,4%), sin cicatrices fibróticas (91,8%), con una fuerza en la musculatura perineal disminuida (51,6%).

Otros resultados de interés fueron el 7% de **derivaciones** tras la valoración (3,8 al Médico de Atención Primaria; 2,3% al Servicio de Salud Mental Infanto-Juvenil; 0,7 al Servicio de Rehabilitación del Suelo Pélvico; 0,2% al Servicio de Ginecología-Obstetricia.

La **prevalencia de IU se sitúa en el 17,2%**, siendo la de esfuerzo del 8,9%, de urgencia del 3,8%, mixta del 1,5% y transitoria tras el parto del 3%. La **prevalencia de los POP es del 2,9%**, siendo del cistocele un 1,8%, rectocele un 0,5%, uretrocele un 0,3% e histerocele un 0,3%.

Entre las variables estudiadas, las que presentan significación estadística con respecto a la patología del suelo pélvico son el IMC y la paridad:

- El **6,6% de primíparas** y el **21,8 de multíparas** tuvieron **IU** ($p = 0.019$).
- El **0,9% de primíparas** y el **5,9% de multíparas** tuvieron **POP** ($p = 0,001$).
- El **11,6% de mujeres con normopeso** y el **30,8% de mujeres obesas** tuvieron **IU** ($p = 0,008$).

CONCLUSIONES

- Las mujeres multíparas y obesas tienen un riesgo aumentado de sufrir patología del suelo pélvico.
- Existen múltiples factores de riesgo para la patología del suelo pélvico aunque en este estudio no hayan tenido una significación estadística.
- La valoración en el posparto es fundamental para prevenir y abordar la patología del suelo pélvico, siendo la Matrona de Atención Primaria la profesional más capacitada para ello.
- Es necesario programar concienciar a las mujeres de la importancia del cuidado del suelo pélvico desde el embarazo y realizar una intervención individualizada que recupere el tono muscular y disminuya los factores de riesgo y las complicaciones.
- Realizar una valoración temprana y, en su caso, una derivación al Servicio de Rehabilitación del Suelo Pélvico, facilita la mejoría de la patología.
- Abordar los factores de riesgo y las patologías asociadas mejora los resultados en el posparto.

REPERCUSIONES OBSTÉTRICAS DEL ACOMPAÑAMIENTO MATERNO DURANTE EL PARTO.

POSTER

Nº 4

AUTORAS: Elena Ruíz Garrido, Patricia Vico Arias, Ana Isabel Molina Medina. Hospital " Santa Ana" , Motril (Granada)

INTRODUCCIÓN

Según el plan de parto y nacimiento de la junta de Andalucía, uno de los derechos de la mujer parturienta es el de estar acompañado a lo largo de todo el proceso de parto por la persona que ella elija. Son escasos los estudios que se han desarrollado en nuestro medio para cuantificar las consecuencias de dicho acompañamiento sobre el parto. Es por ello, que la pregunta de investigación que nos hacemos es: ¿De qué manera influye la persona que acompaña a la mujer en el parto sobre éste?

OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar el impacto que ejerce el acompañamiento sobre la duración y terminación del parto.

Objetivo específico.

Analizar las diferencias en los resultados obstétricos entre el acompañamiento de la pareja y otro tipo de acompañamiento

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis casos control retrospectivo. La captación se lleva a cabo en la visita puerperal tras información y consentimiento de la mujer, se le preguntaba por el acompañamiento durante el parto. Las variables obstétricas y se obtuvieron de la historia clínica. Por cada mujer con acompañamiento distinto al de su pareja(casos) se captaba a otra mujer con acompañamiento de la pareja (control) Criterios de inclusión: Gestantes nulíparas, con parto a término y gestación simple.

Posteriormente se realiza análisis comparativo entre grupos y multivariante. El acompañamiento se categorizó en 2 : por la pareja/ por otra persona distinta a su pareja.

RESULTADOS

En el grupo control la duración media del parto fue de 6,5 horas, la terminación fue del 58% en parto eutócico, 14% en instrumental y 22% en cesárea.

En el grupo de casos, tuvo una duración media del parto de 5,6 horas. La terminación fue del 63% en parto eutócico, 17% en instrumental y 20% en cesárea.

No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas $p= 0,005$, con IC95%. Por la proximidad a la significación, actualmente seguimos desarrollando el estudio con el fin de aumentar la muestra para obtener mayor representatividad.

CONCLUSIONES

Por la proximidad a la significación, actualmente seguimos desarrollando el estudio con el finalidad de aumentar la muestra para obtener mayor representatividad. En los últimos años, se ha intentado otorgar mayor protagonismo y participación de la pareja al momento del parto. A pesar de ello, su papel sigue siendo muy pasivo. Si la evidencia demuestra las consecuencias de su acompañamiento sobre la madre y el recién nacido, puede ser éste el motivo que desencadene una actitud más activa durante el parto.

AUTORAS: Elena Ruíz Garrido, Patricia Vico Arias, Ana Isabel Molina Medina. Hospital " Santa Ana" , Motril (Granada)

INTRODUCCION

Una de las características más comunes de la etapa puerperal es la modificación de los hábitos de actividad sexual respecto a los previos al embarazo. Asociado a ello, la elección del método anticonceptivo (MAC) que mejor se adapte a las nuevas circunstancias puede ser complicado para muchas parejas. En muchos casos por la poca o mala información, ocurre que la pareja no decide o no hace uso del anticonceptivo más idóneo y como consecuencia: embarazos no planificados en una etapa en la que la recuperación fisiológica de la madre debe ser la prioridad. La pregunta de investigación que nos hacemos es: ¿Tiene las parejas en el postparto información adecuada sobre el uso correcto y la diversidad de métodos anticonceptivos que pueden utilizar?

OBJETIVOS

Analizar el método anticonceptivo utilizado en púerperas de 4 a 6 meses posparto así como la razón de dicha elección.

METODOLOGÍA Y MÉTODO

Estudio observacional transversal. La fuente de información se obtiene mediante entrevista estructurada a las mujeres que se captan en consulta de atención primaria. Los métodos anticonceptivos se clasificaron en 6 categorías: 1.Anticonceptivo hormonal oral combinado.2 Anticonceptivo hormonal oral sólo gestágenos 3 DIU cobre 4 DIU hormonal 5 Parche transdérmico sólo gestágenos 6 Anillo vaginal 7 Preservativo masculino 8 Implante subdérmico. Además se categorizó a las mujeres según fueran o no madres lactantes. Se realiza análisis multivariante mediante paquete estadístico SPSS fijando un IC de confianza para suponer significación estadística del 95%.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 64 mujeres, de las cuales 12,8% eran madres lactantes. El MAC de elección fue el preservativo masculino ya que el 62,5 % manifestó utilizarlo. El 15,62 % utilizaba la anticoncepción hormonal oral combinada, el 7,81% utilizó la anticoncepción hormonal sólo gestágenos, el 6,25% utilizó el anillo vaginal hormonal y el 7,8% manifestó no utilizar ninguno. El resto de los métodos no se utilizaron, siendo la principal causa el desconocimiento. Destaca el hecho de que el 10% de las mujeres lactantes creían la lactancia como MAC. El 40% de las parejas que utilizaron preservativo manifestaron un mal uso del mismo así como el hecho de no estar cómodas con dicho MAC, pero justificaron su elección por "miedo" a otro tipo de anticoncepción.

CONCLUSIÓN

La anticoncepción tras el parto sigue siendo un tema con escasa e incorrecta difusión entre las púerperas, seguramente por el hecho de que la fuente de esa información no sean profesionales cualificados como las matronas. Es por ello, que como profesionales especializados en sexualidad y reproducción de todas las etapas de la mujer, es competencia de las matronas divulgar, asesorar y poner al alcance de las parejas tras el parto toda la información relacionada con la planificación familiar.

AUTORES: Miguel Ángel Miranda Arce, María Martínez Pascual, Irene Caldero Bazarot, María Moreno Jurado. Hospital de Figueres. Fundació Salut Empordà (Gerona)

OBJETIVO

Concienciar al profesional sanitario frente a la necesidad de una correcta codificación de las pacientes detectadas como potenciales víctimas de violencia de género para lograr un correcto seguimiento tanto en la atención primaria como en la especializada.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo de pacientes mujeres que acuden al servicio de urgencias con diagnóstico de contusiones durante el año 2016.

Se recoge el total de mujeres con edades comprendidas entre 15 y 45 años que acuden al servicio de urgencias durante el año 2016 y cuya consulta es codificada como contusión, realizándose además un parte judicial. El total de consultas en urgencias con estas características fue de 98 pacientes.

Se revisan las Historias Clínicas de cada paciente, descartando aquellas en las que el diagnóstico de contusión no se corresponde con temas relacionados con la violencia de género.

RESULTADOS

De las 98 pacientes incluidas en el estudio, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- 10 agresiones por terceros (10.2%). Hacen referencia a peleas callejeras, golpes por parte del suegro y golpes por parte de un portero de discoteca.
- 4 agresiones en donde no se especifica quién fue el agresor (4.1%)
- 7 agresiones por parte de la pareja (7.1%), de las cuales sólo una de ellas fue codificada con diagnóstico de maltrato hacia la mujer a pesar de que tenía 7 visitas reiteradas a urgencias durante el año 2016.
- 1 agresión por parte de la ex pareja (ya había acudido a urgencias en 2015 por la misma razón)
- 1 agresión sexual que se repite dos veces por alguien conocido no especificado. (1%)

CONCLUSIONES

De los casos de agresiones detectadas en las pacientes que acudieron al servicio de urgencias durante el año 2016, el 8.1 % fueron agresiones realizadas por parte de su pareja o ex-pareja.

Según los resultados estadísticos, se trata de pacientes que consultan en forma reiterativa por contusiones y/o síndromes ansiosos, neurosis, depresión y/o angustia pero que no fueron relacionadas con procesos de violencia de género. De estas pacientes, aunque se envió un parte judicial, no consta la codificación de Violencia de Género (V61.11, E967.3), por lo que se hace difícil que en visitas posteriores, las patologías que presenten sean relacionadas con procesos de violencia que pudieran estar sufriendo o bien relacionarlas con procesos psicósomáticos derivados de la violencia de género.

Es necesario aumentar la formación y motivación de los profesionales de urgencias para detectar los casos de violencia y remarcar la importancia que para el seguimiento multidisciplinar de la mujer tiene el hecho de codificar a estas pacientes correctamente.

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE CONTACTO PIEL CON PIEL EN CESÁREAS.

POSTER

Nº 7

AUTORAS: Soraya Varona Iglesias , M^a Jesús Barcenilla Domingo. Hospital Comarcal de Laredo (Cantabria)

INTRODUCCIÓN

La realización del contacto piel con piel con la madre, ha demostrado numerosos beneficios, tanto para la madre como para el recién nacido, por lo que numerosas sociedades científicas e instituciones nacionales e internacionales recomiendan su aplicación, tanto en los partos normales como en las cesáreas. En los partos vaginales, la practica está muy afianzada, pero en las cesáreas la práctica habitual suele ser la separación.

El contacto piel con piel en cesáreas, que comenzó como una práctica ocasional por un personal muy motivado, se va afianzando en nuestro medio, gracias a un protocolo aprobado y conocido por todo el personal implicado. El protocolo se aprobó a finales de 2015, y se comenzó a implementar en 2016.

OBJETIVO

- Conocer el porcentaje de cesáreas en las que se ha realizado el piel con piel durante 2016.
- Conocer la evolución de la implementación del protocolo durante 2016.
- Conocer la relación entre el motivo de la cesárea y la realización del piel con piel, durante 2016

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo de todas las cesáreas que se realizaron en nuestro área, a gestantes a término, durante 2016, periodo en el cual el protocolo de contacto piel con piel en cesáreas estaba establecido.

Las variables relacionadas han sido, piel con piel durante la cesárea y motivo de cesárea. La variable motivo de cesárea se ha dividido en riesgo de pérdida de bienestar fetal, falta de progresión del parto, presentación podálica, desproporción pélvico cefálica, mal presentación fetal, cesárea iterativa, fallo de inducción y placenta previa. Se han incluido 90 pacientes.

RESULTADOS

De las 90 pacientes a las cuales se les realizo una cesárea, durante 2016, el 70% se beneficio del contacto piel con piel durante la misma. En el 25,5% restante, el contacto piel con piel se realizó con el padre o un familiar designado y fue contraindicado en un 4,4%.

Si observamos la evolución de la implementación de este protocolo, podemos observar que durante los primeros meses del año, la realización del piel con piel con la madre durante la cesárea, y con el padre o persona asignada, estaba muy igualada, pero hacia final del año, se ve una clara tendencia hacia la realización del piel con piel con la madre en la cesárea, y una disminución del piel con piel con el padre o persona designada. En cuanto al motivo de la cesárea y la realización del contacto piel con piel, vemos que en las cesáreas que se indicaron por riesgo de pérdida de bienestar fetal, el contacto piel con piel se realizo en un 54,1%. En las cesáreas iterativas se realizo en un 100%, así como en las cesáreas por patología materna. En las cesáreas por falta de progresión se realizo en un 88,8%. Si el motivo fue presentación podálica, en un 81,8%. un 66,6% en los casos de fallo de inducción. 50% en las placentas previas. Cuando se produjo por una desproporción pélvico cefálica 54,54%. Y si se produjo por una mala presentación fetal en un 75%. De las 22 cesáreas programadas que hubo, en 21 se hizo piel con piel en quirófano, un 95,4%.

CONCLUSIONES

El 70 % de las pacientes que tuvieron una cesárea, durante 2016, se beneficio del contacto piel con piel

durante la misma. Si tenemos en cuenta el motivo de la cesárea, se realizó piel con piel en el 100% de las cesáreas por cesárea anterior y por patología materna, en el 88,8% de las cesáreas por falta de progresión, y el 81,8% por presentación podálica.

El porcentaje más bajo de piel con piel, se realizó en las cesáreas por riesgo de pérdida de bienestar fetal, por motivos normalmente asociados a la vigilancia del recién nacido.

En cuanto a las cesáreas programadas, se realizó en todas menos en 1, lo que puede indicar la relación de esta práctica, y la disponibilidad de personal.

ATENCIÓN DE LA MATRONA EN EL DUELO POR LA MUERTE PERINATAL, EN EL HOSPITAL SAN PEDRO (LOGROÑO)

POSTER

Nº 8

AUTORAS: Paula Sáenz Cabredo, Alba Diez Ibarbia, Estefanía Moreno Román, Diana Lobo Revilla.
Hospital San Pedro, Logroño (La Rioja)

INTRODUCCIÓN

Culturalmente se publicita la imagen de la maternidad como sinónimo de logro y se describe como un acontecimiento feliz para las familias, pero desgraciadamente algunos embarazos terminan en pérdida. A pesar de que los grandes avances científicos y la calidad asistencial a gestantes y recién nacidos han logrado disminuir la tasa de mortalidad perinatal, en el caso de España se sitúa en 4,47 por mil nacidos vivos, y en La Rioja en 5,27. Una vez que se produce la pérdida, acontece el duelo perinatal; sin embargo, aunque no se puede negar el impacto de la muerte; cuando se trata de una muerte perinatal, los profesionales tienden a infravalorar o negar este proceso. Muchas veces esto es debido a una falta de formación, conocimiento y recursos, que hace que el personal sanitario tienda a mostrarse frío y distante. Esa actitud conlleva más dificultades en el afrontamiento del duelo de los progenitores y es un factor que influye en los trastornos psiquiátricos que supone un duelo patológico. Por ello, es necesario que los profesionales, principalmente las matronas por su papel relevante en la atención al parto, conozcan cómo actuar y cómo comunicarse con los padres y familias para favorecer un duelo no patológico. Cabe decir, que actualmente en el Hospital San Pedro de Logroño, no existe ninguna guía clínica para la atención a las familias que sufren una muerte perinatal.

OBJETIVO

Identificar y actualizar qué se conoce sobre el duelo, qué se ha investigado y qué pautas de actuación son las más recomendadas en las guías de nuestro ámbito para que las matronas apoyen a los padres en el afrontamiento del duelo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una revisión bibliográfica narrativa utilizando como fuentes de información las bases de datos Medline (Pubmed), Dialnet y la biblioteca electrónica Scielo. Para ello, se combinaron términos clave y Mesh, mediante operadores booleanos y se establecieron distintos límites de búsqueda y criterios de selección de artículos. Por otra parte, también se recogieron datos en páginas web sobre duelo perinatal y en la web del Instituto Nacional de Estadística. Por último se escogieron guías de práctica clínica de hospitales de nuestro entorno: Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Gobierno Extremeño de Salud, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, y la guía de la asociación Umamanita; así como una guía extranjera obtenida en la base de datos Trip Data Base.

RESULTADOS

Con respecto a la gravedad del duelo, se ha visto que existen factores de riesgo importantes, entre los cuales destacan las acciones profesionales, que pueden favorecer estilos de afrontamiento no adaptativos. En comparación con otros tipos de pérdidas humanas, la muerte perinatal es infravalorada, pudiendo provocar sentimientos de vergüenza, culpabilidad y duelo patológico en los padres. La bibliografía expone que la tendencia habitual de los profesionales es centrarse en los cuidados físicos evadiendo el aspecto emocional en un intento de disminuir su angustia, haciendo que, en ocasiones actúen de manera distante y fría. Son los propios profesionales los que demandan formación a la hora de atender a este tipo de familias; así como medidas que prevengan su propio burnout al intervenir en situaciones con gran carga emocional. En este artículo recomendamos pautas de actuación de la matrona que favorezcan el afrontamiento del duelo, clasificadas según el momento y la fase del proceso; así como

la promoción del contacto futuro con los profesionales, asegurando las visitas puerperales y el uso de otras herramientas o grupos de apoyo. Estas pautas se basan en varios aspectos clave como facilitar una buena comunicación entre los padres y el equipo de salud; asegurar la toma de decisiones informada, posibilitar la expresión emocional, el respaldo familiar y una adecuada elaboración de la memoria del niño fallecido; todo ello en un espacio relajado y tranquilo.

CONCLUSIONES

Los resultados de los distintos estudios ponen de manifiesto la falta de conocimientos y recursos para enfrentar la pérdida perinatal que favorecen actitudes inadecuadas; generando sensación de ansiedad, impotencia y frustración que comprometen la competencia profesional. En este sentido, para acompañar y cuidar a los padres que han sufrido una pérdida perinatal es necesaria una formación específica sobre duelo perinatal, habilidades de comunicación y técnicas de relación de ayuda. Por tanto, este estudio debe ser objeto de reflexión y servir de incentivo para elaborar una guía de atención para el abordaje de la pérdida perinatal, que prevenga la ansiedad de los profesionales y ofrezca una atención más sensible y empática a los padres. Pero, una guía no debe ser un protocolo rígido que considere a todas las familias por igual; si no que debe ser un modelo que oriente la práctica clínica, de modo que el profesional individualice las pautas de atención.

COMPARATIVA DE LOS PARTOS DE LAS MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS QUE DIERON A LUZ EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA LOS AÑOS 2011 Y 2016.

POSTER

Nº 9

AUTORAS: Amaia Intxausti Martínez, Saioa Galdós Masip, Gala Arnal Ribera, Lur Zubiaga Arana. Hospital Universitario Donostia (Guipúzcoa)

INTRODUCCION

La edad media de las mujeres embarazadas está aumentando en todo el mundo y en especial en los países desarrollados, debido a cambios culturales, sociales y económicos acontecidos. La edad materna avanzada se ha considerado un factor de riesgo obstétrico tanto en la evolución de la gestación (problemas de fertilidad, aumento de abortos espontáneos, mayor riesgo de padecer patologías médico-quirúrgicas derivadas por la edad, mayor riesgo de embarazos múltiple, etc.) como en su finalización (aumento de casos de partos pretérmino, aumento del índice de cesáreas a medida que aumenta la edad materna, etc.).

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es identificar y valorar la evolución en el envejecimiento de las mujeres parturientas en el Hospital Universitario Donostia (HUD) los años 2011 y 2016 y las posibles repercusiones que puede tener este hecho en el parto.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una revisión bibliográfica en las bases de datos Cochrane Library, Uptodate, Clinical Evidence, Cinahl, OVID Medline Daily Update y Embase utilizando las palabras clave “advanced age AND pregnancy”, “labor AND delivery” y “pregnancy AND age”. De esta revisión se obtienen los siguientes resultados:

- De los 5 resultados obtenidos en CINAHL y tras la lectura del Abstract, el número final de documentos analizados han sido 2.
- De los 2 resultados obtenidos en OVID y tras la lectura del Abstract, el número final de documentos analizados han sido 0.
- De los 8 resultados obtenidos en Uptodate y tras la lectura del Abstract, el número final de documentos analizados han sido 3.

Se realiza a su vez un estudio observacional, transversal y retrospectivo de los partos acontecidos en el HUD los años 2011 y 2016. Pasos:

Acceder a los datos de los partos registrados en los años 2011 y 2016 en el HUD.

Analizar los datos de los partos de las mujeres igual o mayores de 40 años.

Analizar las variables de: edad, paridad, semana gestacional, tipo de parto, integridad/lesión perineal.

Comparar los resultados de los años 2011 y 2016.

RESULTADOS

De los datos obtenidos en el estudio comparativo de los años 2011 y 2016 en el HUD cabe destacar:

-En sólo 5 años el índice de partos en el HUD ha descendido un 13,53%, pero casi se ha duplicado el número de mujeres con edad igual o superior a 40, pasando de un 4,94% en 2011 al 9,06% en 2016. En ambos años la gran mayoría eran mujeres de 40 años (43,33% en 2011 y 42,94% en 2016), y ha habido un ligero descenso en el porcentaje de mujeres igual o mayores de 45 años (de un 7,61% en 2011 a un 5,1% en 2016).

-En 2011 un 49,52% de los partos de mujeres añosas correspondían a primíparas y un 39,04% a secundíparas. Hubo 7 casos de gran-multíparas (igual a 5 o más partos). En 2016 un 47,45% correspondía a primíparas, un 34,83% a secundíparas y 8 casos de gran-multíparas. Los 3º hijos pasan de un 7,62% en

2011 a 13,21% en 2016.

- La tasa de partos eutócicos aumenta de 2011 a 2016 de un 59,04% al 64,56%; los partos instrumentados se mantienen estables (18,57% y 16,21%); las cesáreas descienden de un 22,38% a 19,22%. En este punto hay que señalar que el índice global de cesáreas en el HUD en los últimos años ronda el 13%.

- El porcentaje de mujeres con periné íntegro aumenta de un 7,62% en 2011 a un 13,21% en 2016, y el porcentaje de realización de episiotomías desciende considerablemente en 5 años: del 41,9% a un 28,23%.

- Como dato característico decir que el porcentaje de partos gemelares es idéntico en ambos años (5,7%), y la tasa de recién nacidos prematuros también se mantiene bastante estable (10,95% y 10,21%).

CONCLUSIONES

En 5 años ha habido un aumento considerable de mujeres gestantes de edad igual o superior a 40 años en el HUD. Aún así, a pesar de ser considerado un factor de riesgo en el parto, los resultados obstétricos han sido similares en ambos años.

Respecto al porcentaje de cesáreas, aunque haya disminuido en este grupo, sigue siendo significativamente superior al porcentaje total de cesáreas del HUD.

Es importante informar y concienciar a esta población de que los embarazos tardíos van asociados a un aumento de problemas de fertilidad y de desarrollar enfermedades crónicas que puedan estar relacionados con problemas durante el embarazo y repercutir en su adecuado desarrollo y finalización.

EL CONTACTO PIEL CON PIEL DURANTE LAS CESÁREAS ¿MEJORA LAS TASAS DE LACTANCIA MATERNA?.

POSTER

Nº 10

AUTORAS: M^a Jesús Barcenilla Domingo, M^a Ruiz Caballero. Hospital Comarcal de Laredo (Cantabria)

INTRODUCCION

Es una práctica frecuente que los niños nacidos por cesárea sean separados de sus madres durante un tiempo. Afortunadamente cada vez son más maternidades las que abogan por implementar protocolos de contacto piel con piel con la madre durante las cesáreas. La OMS, UNICEF, IHAN recomiendan no separar al recién nacido de su madre sin importar la vía del parto siempre que se cumplan unos criterios de idoneidad. En el año 2016 se implementa definitivamente el protocolo del contacto piel con piel en cesárea en el Hospital de Laredo, que se venía gestando años atrás.

MATERIAL Y METODOS

Estudio comparativo retrospectivo donde se revisan las cesáreas del año 2014 y 2016. En el año 2014 no existía en nuestro hospital el contacto materno piel con piel en cesáreas. Se relacionan las variables nº partos, nº cesáreas, contacto piel con piel con la madre en cesáreas y tasa inicial de lactancia materna.

RESULTADOS

Se produjo una disminución del número total de partos de 468 en 2014 a 453 en 2016. La tasa de cesáreas también había disminuido en un 4,8% comparando ambos años. La tasa de inicio de lactancia materna había incrementado un 15,3% pasando de un 73.5% en 2014 a un 88.8% en 2016. El 70% de las mujeres a las que se les realizó una cesárea habían realizado contacto piel con piel con la madre durante la cesárea. El 30% restante no se había realizado por no reunir las condiciones adecuadas tales como anestesia general materna o necesidad de reanimación del recién nacido. No ha habido ningún caso de negación materna a realizar contacto piel con piel en la cesárea.

CONCLUSIONES: A pesar del descenso de natalidad que hemos tenido en nuestra área sanitaria durante los últimos años, la tasa inicial de lactancia materna se ha incrementado un 15,3%. Uno de los factores que han influido es, entre otros, la no separación de la madre y el recién nacido en los partos por cesárea, pudiéndose iniciar el amamantamiento desde el nacimiento.

DISCUSION

La Guías basadas en Buenas Prácticas Clínicas sostienen de forma fehaciente el beneficio de no separar a la madre y al recién nacido. La forma de nacimiento no debe ser un obstáculo para que ésta práctica pueda realizarse de forma habitual. La elaboración de un protocolo de contacto piel con piel en cesáreas con un equipo multidisciplinar, mejora la implantación de ésta práctica.

VISITA GUIADA AL PARITORIO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "INFANTA SOFÍA".

POSTER

Nº 11

AUTORAS: M^a Victoria del Castillo Serrano, Noelia Herranz Márquez, Patricia García Merchán.
Hospital Universitario " Infanta Sofía" (Madrid)

INTRODUCCION

Enfrentarse a un parto es una experiencia que puede generar miedo o ansiedad a la mujer y acompañante. Un espacio en un marco de cercanía y confianza donde la mujer exprese necesidades y expectativas sobre el proceso del parto, facilitando la participación activa, impulsando la atención humanizada, mejorando la calidad del proceso y la satisfacción de la mujer y acompañante, puede darse mediante una visita al área en la que se le prestara la asistencia a su parto .

OBJETIVO

En el Hospital Universitario Infanta Sofía nos planteamos como objetivo que la gestante y acompañante tuviera un contacto y conocimiento del entorno previo al parto.

MATERIAL Y MÉTODOS

En 2010 se diseñó un programa que integra exposición teórica y visita guiada al paritorio:

- Exposición teórica, se realiza en un “ambiente amable” donde el profesional sanitario ofrece información sobre la atención al parto y postparto, las instalaciones y entorno relacionado con el proceso asistencial. La mujer y acompañante participan activamente planteando dudas y miedos, lo que ayuda a la gestante a decidir si el centro cumple las expectativas en relación a su futura maternidad.
- Visita guiada, las asistentes, acompañadas por la matrona visitan las instalaciones del paritorio.

La captación de las gestantes y sus parejas se realiza a través de las Matronas de Atención Primaria que coordinan el proceso de citación con la supervisora del Área Obstétrica del Hospital, a través de una agenda específica, denominada Visparto, creada para este fin a finales del año 2013.

Las visitas se realizan los jueves a las 11h y a las 19h, para facilitar el acceso a este servicio a todas las mujeres interesadas y sus parejas.

Para medir la calidad de esta actividad se diseñó una encuesta de satisfacción que las gestantes asistentes cumplimentan una vez que ingresan en paritorio. Se registra el grado de satisfacción con la información y atención recibidas, aportando sugerencias con el fin de crear áreas de mejora en la calidad asistencial

RESULTADOS

En el año 2014 fueron 1053 gestantes y 428 acompañantes, en 2015 849 gestantes y 372 acompañantes y en 2016 896 gestantes y 514 acompañantes, los que hicieron la visita al paritorio del hospital . A las encuestas de satisfacción e información recibida, contestaron que estaban muy satisfechos con la iniciativa.

CONCLUSIONES

Podemos concluir que el programa de visita guiada al paritorio establece una relación de cercanía y confianza entre el profesional y la mujer que contribuye a la mejora del proceso del parto.

Las gestantes y acompañantes consideran está atención humanizada necesaria para disminuir la ansiedad que genera el desconocimiento del entorno, alcanzando el objetivo para el que inicialmente fue diseñado el programa.

EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO TRAS LA PÉRDIDA GESTACIONAL.

POSTER

Nº 12

AUTORAS: Eloísa Fernández Ordóñez, Irene García Giner, Víctor Romero Domínguez, Isabel M^a Acedo García, Laura Ruiz Lozano, Cristóbal Rengel Díaz. Hospital Universitario "Virgen de la Victoria" (Málaga)

INTRODUCCIÓN

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es definido por el DSM V como el cambio de la respuesta del cuerpo a una circunstancia estresante. Para la OMS, en el CIE 10, el trauma ocurre cuando la persona ha sido expuesta a un acontecimiento o situación de naturaleza amenazadora que podría causar profundo discomfort en casi todo el mundo. Las pérdidas gestacionales no han recibido suficiente atención por parte de la comunidad científica hasta hace pocas décadas. Aún hoy siguen siendo consideradas "pérdidas ilegítimas", sin embargo, pueden tener importantes implicaciones psicológicas como el trastorno de estrés postraumático en la mujer que la sufre.

OBJETIVOS

Objetivo general: Identificar la incidencia de TEPT en las mujeres que sufren una pérdida gestacional.

Objetivos específicos:

- Identificar factores de riesgo para el desarrollo de TEPT tras una pérdida gestacional
- Identificar posibles diferencias en la incidencia de estrés postraumático en los diferentes tipos de pérdidas gestacionales: aborto, interrupción voluntaria del embarazo, interrupción por malformaciones, muerte anteparto, etc.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las plataformas Web of Science y Scopus y en la Biblioteca Cochrane Plus, combinando los términos MeSH: *abortion, induced; abortion, spontaneous; fetal death; miscarriage; stress disorders, post-traumatic* con el operador booleano AND. La búsqueda se limitó a los últimos 10 años y arrojó 12 resultados, todos en inglés. Estos artículos se sometieron a la matriz de evaluación CASPe y tras una lectura crítica se seleccionaron un total de 5 artículos.

RESULTADOS

Los hallazgos sugieren una mayor incidencia de TEPT a mayor edad gestacional en el momento de la pérdida. Algunos estudios relacionan la mayor edad gestacional con niveles más altos de estrés postraumático y duelo complicado, siendo raro encontrar altos niveles en las pérdidas anteriores a las catorce semanas de gestación. La prevalencia del trastorno es mayor en las semanas inmediatamente posteriores al evento, reduciéndose considerablemente después. Los síntomas son significativamente superiores en las mujeres, aunque hay reportes de sintomatología en varones. Los estudios que hacen referencia a los distintos tipos de pérdidas son escasos, aunque reportan una mayor incidencia entre las interrupciones provocadas por anomalías, fundamentalmente entre aquellas compatibles con la vida y las muertes anteparto e intraparto. Los factores sociodemográficos como la edad materna y el nivel educativo parecen ser influyentes en el desarrollo del TEPT. Otros factores destacados son los malos antecedentes obstétricos y la historia de trastorno de salud mental previo. El apoyo del entorno social resulta ser un factor protector en la prevención del TEP.

CONCLUSIONES

El TEPT está presente en muchas de las personas que superan una pérdida gestacional, especialmente entre las mujeres. Es importante atender a los factores de riesgo para identificar los posibles casos y derivar al especialista. Llama la atención la escasez de artículos sobre el tema en cuestión, lo cual supone una interesante prospectiva de estudio, así como los efectos de este trastorno en posibles futuras gestaciones.

AUTORES: *María Teresa Rivas Castillo, Zoraida De la Rosa Várez, Victoriano González Trujillo. C.S. de Motrill Este y San Antonio (Granada)*

INTRODUCCIÓN

La Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva establece una serie de objetivos para ofrecer una atención sanitaria de calidad en salud reproductiva con continuidad en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud. El documento recomienda que desde la maternidad se concierte la visita a domicilio de la matrona de Atención Primaria o, si no existe ese servicio, acordar la cita con el centro de Atención Primaria de referencia para el tercer o cuarto día de vida. En la visita de control del puerperio el/la profesional sanitario que realiza la visita debe asegurar que explora todos los aspectos relacionados con el bienestar físico, emocional y social de la mujer, prestando especial atención a las posibles complicaciones que surjan.

El hematoma perineal es una complicación del puerperio inmediato que se debe, generalmente, a que en el momento de practicar la episiorrafia o la reparación de desgarros del canal del parto no se realiza una hemostasia adecuada y se dejan uno o varios vasos sanguíneos sin obturar. La incidencia de hematomas perineales varía ampliamente de 1/300 a 1/1.500 partos. El principal factor en relación con los hematomas perineales es la episiotomía, que se ha señalado como antecedente del 85% al 93% de los casos. Esta relación es válida con las incisiones medias y mediolaterales, aunque las últimas tienen un mayor índice de complicaciones debido a que su rafia es más difícil e involucra la sección de grupos vasculares y musculares importantes. Los desgarros vaginales causados por los partos instrumentales también pueden ser causa de hematoma; el parto instrumental en sí es un factor de riesgo, incluso sin que haya desgarros manifiestos. Otros factores de riesgo señalados incluyen: primiparidad, toxemia, gestación múltiple, várices vulvovaginales, tactos repetidos, prolongación de la segunda etapa del parto y anomalías de la coagulación.

Los hematomas perineales se clasifican por su situación y por su relación con el elevador del ano en:

Por su situación: vulvares, vaginales, vulvovaginales y subperitoneales.

Por su relación con el elevador del ano (según la localización, el cuadro inicial, la pérdida hemática y el tratamiento, serán diferentes): Por debajo del elevador. Y por encima del elevador.

El cuadro clínico en los casos de hematomas vulvares o vulvovaginales se caracteriza por dolor de fuerte intensidad en el sitio de la herida, acompañado por aumento de volumen de la zona. La mayor parte de los hematomas postparto son combinaciones de lesiones vulvovaginales que pueden abarcar el perineo posterior. Cuando el hematoma es paravaginal o se localiza por arriba del elevador del ano, generalmente la paciente refiere sensación de presión y dolor rectal, pero no se aprecia una masa a la visualización externa por lo que se debe realizar una valoración con espéculo y tacto recto-vaginal para establecer el diagnóstico.

La conducta a seguir depende del tamaño del hematoma así, cuando es menor de 5 cm y no se expande, algunos autores recomiendan la conducta expectante con el uso de hielo local y presión para evitar la expansión. Se deben usar anti-inflamatorios y analgésicos para aliviar el dolor y medir el hematoma en dos dimensiones para verificar que no aumente de tamaño. En presencia de un hematoma expansivo y / o doloroso, se hace necesario un tratamiento más agresivo, se debe tener en cuenta una posible transfusión sanguínea ya que la pérdida de sangre suele ser muy superior a lo visible en el momento del examen. Se debe realizar un análisis de sangre con hematocrito inicial y abrir la sutura para evacuar la zona. Si el sangrado continúa, el siguiente paso es realizar una embolización.

Las complicaciones del hematoma perineal son: Las debidas a las transfusiones, que con frecuencia son necesarias en estos casos, complicaciones hemorrágicas por coagulación intravascular diseminada ocasionada por agotamiento de los factores de coagulación, anemia, fiebre (por la reabsorción del hematoma o cuando hay un proceso infeccioso asociado), formación de nuevos hematomas, tromboflebitis de venas profundas, cicatrices defectuosas con dispareunia posterior y fístulas.

OBJETIVO

Conocer la detección y el manejo del hematoma vulvovaginal postparto a través de un caso clínico

HISTORIA DEL PROBLEMA

Mujer primípara de 32 años de edad que acude a la consulta de la matrona a los 5 días del alta hospitalaria nerviosa y alterada por presentar dolor intenso en la zona perineal que inició a las 24 horas postparto justamente al alta hospitalaria. El parto tuvo lugar en la semana 39+2 de gestación, con inicio espontáneo y finalización en espátulas por ayuda al expulsivo, tuvo analgesia epidural y se practicó episiotomía media-lateral con desgarro contralateral de I grado. El postparto inmediato en paritorio sucedió sin incidencias, el alumbramiento y la hemorragia postparto fue normal, se practica sutura con puntos sueltos en piel perineal. Una vez en planta la paciente manifiesta dolor en zona perineal, la enfermera explora la zona detectando inflamación, edema y tensión de la sutura, pone frío local y administra analgesia y antiinflamatorio por prescripción médica. El 2º día postparto al alta hospitalaria la paciente continúa con dolor, la zona perineal sigue edematosa, como pruebas complementarias se realiza analítica con resultado de hemoglobina 8 gr/dl, el tratamiento médico prescrito incluye sulfato ferroso, yoduro potásico y Rosalgin pronto® (antiinflamatorio no esteroideo con propiedades antiinflamatorias y analgésicas) 1 aplicación cada 8 horas mientras dolor en zona de episiotomía, deambulación precoz e hidratación oral. Se indica revisión puerperal a la semana en centro de salud por matrona.

Valoración de enfermería en atención primaria por matrona: Tras revisar la historia clínica, no encontramos antecedentes médicos personales ni familiares de interés. No existen alergias conocidas.

En la exploración general la paciente está afebril y normotensa. Refiere lactancia materna exclusiva sin complicaciones, con inicio de lactancia en paritorio, mamas homogéneas e integridad de areolas y pezones. Involución uterina normal, loquios presentes de aspecto y cantidad normales. En la exploración de la cicatriz de la episiotomía observamos tumoración rojo vinoso, puntos de sutura a tensión e inflamación local. Al tacto externo la paciente refiere dolor muy intenso y al tacto vaginal se observa diámetro del hematoma mayor a 5 cm. Refiere haber tomado paracetamol pero no ha notado mejoría aparente, no se ha planteado tomar ningún antiinflamatorio por desconocimiento a la compatibilidad con la lactancia materna. Extremidades inferiores: ausencia de dolor a la palpación, signo de Homans negativo. Eliminación: flujo urinario con diuresis en cantidades suficientes, al menos una cada 4-6 horas, vejiga no palpable. Eliminación intestinal: sin deposiciones desde el día del parto.

Cuidados y actuación de la matrona: Tras la anamnesis y la exploración física se diagnostica sospecha de hematoma vulvovaginal, se decide derivación al centro hospitalario para valoración de hematoma. La matrona de atención primaria se pone en contacto con el servicio de obstetricia explicando el problema. Una vez allí, se hace una nueva valoración a la paciente y finalmente se decide realizar apertura quirúrgica con drenaje y evacuación del hematoma, previamente se reserva sangre en previsión de una posible transfusión sanguínea.

Finalizado el proceso quirúrgico se insiste a la mujer que se deberá realizar un cuidado perineal especial, asegurando la correcta higiene de la zona. Se pauta tratamiento analgésico, antiinflamatorio, antibiótico y laxante.

Vuelve a acudir a la consulta de la matrona una semana posterior a la intervención, se encuentra tranquila y manifiesta una mejoría notable. En la exploración de la zona perineal se observa nueva reintervención con buen aspecto, sin signos de inflamación ni tensión de herida quirúrgica. Loquios e involución uterina normal. La matrona insiste en la correcta higiene de zona perineal y alerta ante posibles signos de empeoramiento.

CONCLUSIONES

El Puerperio comprende un conjunto de modificaciones anatomofisiológicas y psicológicas que son normales, pero es un proceso complejo en el que pueden aparecer complicaciones y nosotras las matronas somos las profesionales más adecuadas para la prevención, detección precoz y tratamiento de dichas complicaciones.

En nuestro caso clínico, la complicación que se describe es el hematoma perineal y dado la escasa prevalencia y escasos estudios acerca del tema, hay dificultad y en muchas ocasiones falta de consenso para el manejo del problema, además la falta de una herramienta definida para evaluar la condición perineal afecta la detección de esta complicación.

Considerando que la episiotomía medio lateral se asocia a mayor sangrado y dificultad en su reparación, y siendo además uno de los motivos más frecuentes en aparición de hematoma perineal, se debe hacer un uso restrictivo de tal práctica y si se realiza, verificar la hemostasia y la reparación correcta en estas pacientes con fines de identificar si existen no hematoma o sangrado activo.

Debido a la potencial gravedad que reviste el hematoma perineal, la matrona debe estar preparada y formada para poder actuar de forma correcta y prestar unos cuidados de calidad que resuelvan y minimicen de forma eficaz el cuadro clínico.

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA EFICACIA DE TALLERES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO SAN DANIEL DE CEUTA.

POSTER

Nº 14

AUTORES: Paula Díaz Lozano, M^a Isabel de Dios Pérez, Belén Rojas Carmona, Juan Francisco Ramos Rivera, Luciano Rodríguez Díaz, Juana M^a Vázquez Lara. Hospital Universitario de Ceuta (Ceuta)

INTRODUCCIÓN

El Fondo de Población de Naciones Unidas define la Salud Reproductiva como un “Estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entraña además la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”.

Según la OMS aproximadamente el 11% de todos los nacimientos a nivel mundial corresponden a mujeres de 15 a 19 años . Por otro lado, cada día más de 1 millón de personas contraen una infección de transmisión sexual (ITS).

La ONU-SIDA propugna como uno de los derechos sexuales y reproductivos el derecho a recibir información clara, oportuna y científica acerca de la sexualidad. A fin de garantizar este derecho se han impartido talleres sobre Salud Sexual y Reproductiva a alumnos de 3º y 4º de la E.S.O del Colegio San Daniel de Ceuta.

OBJETIVO

Conocer la eficacia de los talleres teórico-prácticos de Salud Sexual y Reproductiva organizados por la Unidad Docente de Matronas de Ceuta en la mejora de los conocimientos acerca de esta materia.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha llevado a cabo un estudio observacional descriptivo sobre un grupo 100 alumnos con edades comprendidas entre 14 y 18 años del Colegio San Daniel de Ceuta, impartido por residentes de matrona de la Unidad Docente de Ceuta en el año 2016. Tras impartir talleres teórico-práctico se realizó una prueba pre-test y post-test para evaluar el nivel de conocimientos del alumnado.

RESULTADOS

Entre los resultados del nivel de conocimientos pre-test se obtuvieron los siguientes datos: porcentaje de aciertos del 61.57 %, porcentaje de fallos del 14.36 % y un porcentaje de preguntas no contestadas de 24.07 %. Los resultados de los conocimientos post-test determinaron un 87.43 % de aciertos, 10 % de fallos y 2.57 % de preguntas no contestadas.

CONCLUSIONES

La impartición de talleres sobre salud sexual y reproductiva en jóvenes aumentan los conocimientos en dicha materia, lo cual resulta útil y eficaz en la prevención de ITS y embarazo no deseado en adolescentes.

MATRONA EN MEDIO ESCOLAR, UNA ESTRATEGIA PARA MEJORAR INDICADORES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA POBLACIÓN INFANTO JUVENIL.

POSTER

Nº 15

AUTORAS: Ingrid Vargas Stevenson , Paulina López Orellana. Escuela de Obstetricia y Puericultura , Universidad de Valparaíso (Chile)

INTRODUCCIÓN

A pesar de todas las necesidades sobre educación en salud sexual y reproductiva, los jóvenes reciben hasta hoy acotada información sobre estos temas en los establecimientos educacionales.

La importancia de este estudio radica en demostrar que mediante actividades de promoción y prevención en salud sexual y reproductiva en establecimientos educacionales coordinados con los centros de salud, es posible mejorar los indicadores de conocimiento de los adolescentes en esta área

OBJETIVO:

Evaluar el impacto en los indicadores de conocimiento en salud sexual y reproductiva que genera una intervención educativa de promoción y prevención realizada por la matrona/matrón en esta temática, a los adolescentes entre 13 y 16 años insertos en el medio escolar y visibilizar el rol de la matrona.

MATERIAL Y MÉTODO:

La metodología utilizada es un estudio de Investigación Acción, con medición de indicadores de entrada, de tipo cuantitativos, a través de la una encuesta aplicada a estudiantes de quinto básico a primero medio de los Liceos 1, Técnico y Matilde Brandau de CORMUVAL.

Cada apoderado y profesor firma un consentimiento informado para participar en el estudio.

Muestra: 405 estudiantes

RESULTADOS:

Respecto a las Creencias, los estudiantes creen que: han iniciado actividad sexual (45%), que los hombres son los primeros en hacerlo (62%), que el embarazo adolescente es producto del no pensar en la consecuencia del inicio de la actividad del inicio sexual sin protección (85,7%), que la estudiante que se embaraza perderá clases (47,6%) y que dejará hacer las cosas que le gustan (48%), la principal fuente de información en sexualidad son las redes sociales y los amigos. Existe un mediano conocimiento en educación sexual (62%), un mediano conocimiento de la sexualidad de la mujer (50%) y del hombre (60%), alto grado conocimiento sobre embarazo adolescente (57%), las ITS (50%), cambios físicos del hombre (70%) y de la mujer (76%), un mediano conocimiento sobre uso de MAC (43%). Un 83% reconoce a la matrona y todas las actividades que realiza.

CONCLUSIONES

Existe de un mediano a alto conocimiento en relación a la salud sexual por parte de los estudiantes de los liceos y es reconocido el rol de la matrona por parte de los estudiantes a través del conocimiento de las actividades que realiza.

VISITA GUIADA A PARITORIO PARA EMBARAZADAS EN EL ULTIMO TRIMESTRE DE GESTACIÓN Y SUS BENEFICIOS.

POSTER

Nº 16

AUTORES: M^a del Mar Romero López, Manuel Borrego Vera. Hospital Torrecárdenas (Almería).

OBJETIVO

Nuestro objetivo es conocer cómo se desarrollan las visitas guiadas preparto realizadas en los hospitales por las matronas y conocer qué efecto e influencia tienen sobre las embarazadas que las realizan.

MATERIAL Y MÉTODO

Para ello hemos escogido una muestra de 17 embarazadas que realizaron la visita guiada en el hospital de Torrecárdenas, Almería, en el periodo de Octubre a Diciembre de 2016, a las que se les aplicó una encuesta de satisfacción al finalizar. Se ha realizado la revisión del protocolo de esta visita y una revisión bibliográfica de artículos de los últimos 7 años en bases de datos como Pubmed, Scielo o Cuiden.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos muestran que:

Se trata de una visita guiada, llevada a cabo por matronas, con una duración de 180 minutos, donde se tratan tres temas: parto, puerperio y lactancia materna, utilizando como recursos videos, dinámica de grupo y visita a las instalaciones de urgencias, paritorio y quirófano, donde se presenta al equipo sanitario y se resuelven sus dudas e inquietudes. Tras finalizar se ofrece un cuestionario que monitoriza aspectos del aprendizaje y la satisfacción de la mujer.

Tras valorar los resultados obtenidos en las encuestas realizadas por la muestra escogida, encontramos con que el 70.5% de las mujeres opinan que los temas tratados son muy adecuados frente al 29.4% que consideran que son solo adecuados. Al valorar la satisfacción de las mujeres encontramos con que al realizar la visita el 88.2% dice sentirse mucho más seguras frente al 11.7% que dice encontrarse poco seguras. En cuanto al miedo dice haber disminuido mucho en un 58.8% de las gestantes, haber aumentado mucho su conocimiento en un 94.1% y el 100% reconoce que la visita resulta muy útil.

CONCLUSIONES

Con estos resultados podemos concluir que estas visitas son recibidas con gran satisfacción por parte de las mujeres, encontrándolas muy útiles para aumentar sus conocimientos y afrontar el parto con menos miedo y ansiedad, por lo que ofrecerlas como parte de la educación maternal puede resultar una estrategia muy eficaz, aumentando la autonomía y la confianza de las mujeres durante el parto, lo que les ayudara a tener un puerperio y lactancia más sano y satisfactorio.

PREDICCIÓN DE LA MACROSOMÍA CON LOS CRITERIOS ACTUALES.

POSTER

Nº 17

AUTORES: M^a Carmen Jaso Santafé, Juan Acosta Díez, Angels Viñals Gutiérrez. Hospital General de Catalunya (Barcelona)

OBJETIVO

El diagnóstico de la diabetes gestacional tiene como objeto seleccionar las pacientes con mayor riesgo para tener un hijo con peso excesivo al nacer. Hemos diseñado un trabajo observacional retrospectivo para valorar la capacidad de diagnóstico de recién nacido macrosoma con los criterios actuales de diagnóstico de la diabetes.

MATERIAL Y MÉTODO

El diagnóstico de la diabetes gestacional tiene como objeto seleccionar las pacientes con mayor riesgo para tener un hijo con peso excesivo al nacer. Hemos diseñado un trabajo observacional retrospectivo para valorar la capacidad de diagnóstico de recién nacido macrosoma con los criterios actuales de diagnóstico de la diabetes

RESULTADOS

El diagnóstico de la diabetes gestacional tiene como objeto seleccionar las pacientes con mayor riesgo para tener un hijo con peso excesivo al nacer. Hemos diseñado un trabajo observacional retrospectivo para valorar la capacidad de diagnóstico de recién nacido macrosoma con los criterios actuales de diagnóstico de la diabetes.

CONCLUSIONES

El diagnóstico de la diabetes gestacional tiene como objeto seleccionar las pacientes con mayor riesgo para tener un hijo con peso excesivo al nacer. Hemos diseñado un trabajo observacional retrospectivo para valorar la capacidad de diagnóstico de recién nacido macrosoma con los criterios actuales de diagnóstico de la diabetes.

MALETÍN DE PARTOS DE UNA MATRONA EN LA VALENCIA DE 1900.

POSTER

Nº 18

AUTORAS: *María Consuelo Cepeda Hontecillas, María Garrido Romero , Raquel Hervás Ayala.*
Consortio Hospital General Universitario(Valencia)

OBJETIVO

Los objetivos de este trabajo son:

- Describir el maletín y el material utilizado por una matrona de 1935.
- Enunciar y mostrar iconográficamente el instrumental.
- Catalogar el material en colaboración con el personal del Instituto de Historia de la Medicina y de la Ciencia de "López Piñero".

MATERIAL Y MÉTODO

Eruditos en Historia afirman que no existe una metodología determinada para investigar, pues depende de las fuentes documentales o sea de la Heurística, cuya función consiste en encontrar y reunir las fuentes necesarias para su estudio.

El material utilizado en nuestro trabajo proviene de los fondos del Instituto de Historia de la Medicina y de la Ciencia de "López Piñero" mostrados en su exposición permanente. Posteriormente, en la subsiguiente investigación que se menciona en este trabajo, el Archivo Histórico de la Universidad de Valencia fue el depositario en el que realizamos el hallazgo.

RESULTADOS

Como resultado de nuestro estudio describimos una muestra del material más habitual en la asistencia de partos a principios del siglo XX, que da muestra de las limitaciones terapéuticas y técnicas de la época y por otra, deja ver la brecha evolutiva posterior del desarrollo y evolución de los recursos científico-técnicos de los que dispone en general la obstetricia y ginecología y en concreto la matrona, para desarrollar su actividad asistencial.

Hemos analizado aproximadamente una veintena de elementos entre los que se encontraban un pelvómetro, espéculos de metal, material de sutura, pesarios de diferentes tamaños, irrigadores y sondas, tijeras, envases de medicación, material para la ligadura del cordón y un estetoscopio de madera. Este estudio inicial nos motivó a iniciar una nueva investigación en el Archivo Histórico de la Universidad de Valencia en torno a la matrona dueña del mismo, lo que sorpresiva y felizmente nos llevó al hallazgo de su expediente académico; el descubrimiento de este expediente ha revertido en un mayor conocimiento de esta profesional, de la normativa formativa de la época y en un intercambio de información con el Instituto de Historia de La Medicina y de la Ciencia "López Piñero" que así puede consignar junto al material que previamente había puesto a nuestra disposición como material de estudio, datos de identidad personales y académicos de la matrona protagonista.

CONCLUSIONES

El material analizado indica la especificidad técnica de la Matrona de aquella época y del instrumental utilizado. Las matronas estaban adiestradas y preparadas para ejecutar de la manera más profesional las técnicas obstétrico ginecológicas de su competencia.

De esta forma queda demostrada la profunda trascendencia del saber obstétrico que nuestras predecesoras en la profesión mostraban en su praxis diaria.

INYECCIÓN INTRAUMBILICAL DE FÁRMACOS UTEROTÓNICOS COMO TRATAMIENTO DE LA PLACENTA

POSTER

Nº 19

AUTORAS: Olga Madera Ferreiro, Fátima Hidalgo Higuera, Mélody Ortega Cobo, María de la Paz Amate Teva, Rocío Martínez Yébenes, Lidia Cantero Muñoz. Hospital Materno-Infantil (Jaén)

OBJETIVO

Analizar los estudios clínicos publicados sobre la eficacia y la seguridad de la inyección de uterotónicos por vía intraumbilical para tratar la placenta retenida

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión sistemática de las publicaciones científicas sobre el tema en las bases de datos Pubmed y Cochrane. Se usaron los descriptores “Placenta retenida” y “Umbilical”, tanto en español como en inglés. Seleccionamos estudios clínicos publicados en los últimos 20 años, en español o inglés y con acceso al texto completo.

De un total de 97 publicaciones se seleccionaron con estos criterios un total de 12 estudios clínicos

RESULTADOS

En diez de los doce estudios, se concluye que esta técnica es efectiva, mientras que dos estudios establecieron que la inyección intraumbilical de oxitocina no tendría mejores resultados que el placebo.

Tres de los estudios se desglosan para estudiar no sólo la efectividad de esta técnica, si no qué uterotónico sería el más eficaz: oxitocina, misoprostol o ergometrina. De estos inferimos que el misoprostol sería el más efectivo, seguido de la oxitocina y en último lugar la ergometrina.

En todos los estudios consultados coinciden en la seguridad de la técnica.

CONCLUSIONES

De esta revisión bibliográfica obtenemos la conclusión de que podemos considerar la inyección intraumbilical de fármacos uterotónicos como una alternativa poco agresiva, barata, eficaz y segura en el tratamiento de la placenta retenida. Mediante esta técnica se podría reducir el volumen de sangrado postparto y la necesidad de extracción manual de la placenta.

Sin embargo, entendemos que son necesarios más estudios sobre el tema, para determinar con más precisión qué fármaco sería el más recomendado para la técnica y a qué dosis.

También nos podríamos plantear el uso de esta técnica de manera preventiva, para acortar el tiempo de alumbramiento reduciendo así la incidencia de placenta retenida.

EFICACIA DEL USO DE DINOPROSTONA EN LA PREINDUCCIÓN DE PARTO EN GESTANTES PRIMÍPARAS CON EVP .

POSTER

Nº 20

AUTORES: Nazaret Ferrer Sánchez , Manuel Borrego Vera. Hospital Torrecárdenas (Almería)

OBJETIVO

Analizar la eficacia del uso de dinoprostona en la preinducción de parto en gestantes primíparas con embarazo en vía de prolongación (EVP), 41+4.

MATERIAL Y MÉTODO

Para responder al objetivo se realizó un estudio retrospectivo descriptivo mediante la revisión de las historias clínicas de todas las preinducciones que hubo en nuestro hospital durante 18 meses en gestantes primíparas y con EVP. Las variables que se tuvieron en cuenta fueron el inicio espontáneo del parto tras la colocación de la dinoprostona o si fue necesario la inducción con oxitocina, además de la vía de parto, y la indicación en caso de cesárea. Por último se realizó una revisión bibliográfica sobre EVP y dinoprostona.

RESULTADOS

En los 18 meses que se analizaron se asistieron un total de 4643 partos, de los cuales 113 mujeres cumplían los requisitos mencionados con anterioridad. El 48% iniciaron de forma espontánea el parto tras colocación de la dinoprostona y en el 52% de las mujeres fue necesario iniciar la inducción a las 24 horas después de la colocación de la misma con oxitocina. De estas mujeres, el 56% acabaron en parto vaginal, y el 44% en cesárea, cuya indicación fue no progresión de parto en un 59%, riesgo de pérdida de bienestar fetal en un 10,8% y fallo de inducción sólo en el 29% de las mujeres.

CONCLUSIONES

Se concluye que la dinoprostona tuvo un papel eficaz en su uso para la maduración cervical en la inducción de gestantes primíparas con EVP, debido al bajo porcentaje (9.7%) obtenido en cesáreas por fracaso de inducción y en el alto porcentaje que se obtuvo en partos que finalizaron por vía vaginal.

ATENCIÓN INTEGRAL HOSPITALARIA EN LA ASISTENCIA AL PARTO.

POSTER

Nº 21

AUTORES: Manuel Ratia Ramos , Pedro Vilches Polaina, Sonia Rodríguez Cano, Francisco Javier Ruiz Peregrina. Hospital Alto Guadalquivir, Andújar (Jaén).

OBJETIVO

- Prestar una asistencia integral a las embarazadas que escogen nuestro hospital como centro de referencia de su embarazo, parto y puerperio.
- Orientar los cuidados de la matrona hospitalaria hacia la mejora de los estándares asistenciales, teniendo como objetivo último la búsqueda de la excelencia asistencial.
- Permitir el desarrollo de las competencias de las matronas de nuestro hospital más allá de la asistencia exclusiva al parto.

MATERIAL Y MÉTODO

La falta de continuidad de cuidados en la asistencia al proceso del embarazo, parto y puerperio, es sin duda una de las necesidades referidas habitualmente por las mujeres embarazadas que atendemos en nuestro centro hospitalario. Es por ello, que las matronas del Hospital Alto Guadalquivir, conscientes de esta demanda, han encabezado en los últimos años una serie de estrategias destinadas a garantizar unos cuidados hospitalarios integrales que trascienda más allá de la función de la matrona en el área de paritorio.

Para ello hemos ampliado nuestra cartera de servicios, articulando una serie de recursos, que permiten a la mujer entrar en contacto con las matronas que atenderán su parto desde el tercer trimestre hasta el puerperio tardío. Estos recursos comprenden las siguientes actuaciones:

- 1.- **Visita al paritorio y charla informativa** por parte de las matronas que nos encargamos de la asistencia al parto en nuestro hospital. Para ello captamos a las mujeres en la consulta de embarazo de las 32sg. ofreciéndole la posibilidad de acudir a alguna de las 4 sesiones que ofrecemos al mes.
- 2.- **Asistencia en la consulta de urgencias** de obstetricia por parte de la matrona. En el caso de los embarazos a término y de bajo riesgo, que acuden a nuestro servicio por pródromos de parto o parto en curso.
- 3.- **Asistencia individualizada al parto.** Teniendo en cuenta los planes de parto recibidos y tomando el empoderamiento de la mujer como directriz principal a seguir durante este proceso.
- 4.- **Visita puerperal en planta** en las primeras 24h, en las que valoramos la evolución del puerperio inmediato, apoyamos la lactancia materna, ofrecemos información sobre los beneficios de la crianza con apego y resolvemos las dudas que se le pueda plantar a la puérpera o su familia.
- 5.- **Encuesta telefónica a los 5 días tras el parto.** Todas las tardes una de las matronas de paritorio, realiza una llamada telefónica a las mujeres que dieron a luz 5 días antes. En esta encuesta, aparte de resolver dudas de forma individualizada, se pregunta por temas como la alimentación del bebé, estado del cordón, cuidados higiénicos-nutricionales, estado del periné o de la cicatriz quirúrgica, contacto con grupos de apoyo a la lactancia etc..
- 6.- **Consulta de urgencias de lactancia.** Las madres lactantes que tienen alguna duda o algún problema de lactancia susceptible de ser tratado con el consejo y asesoramiento de la matrona, pueden acudir al servicio de urgencias ginecológicas para solicitar una consulta individualizada. Aquí se intentará dar solución a los problemas o dudas de lactancia que se presenten , o bien, derivarlos al ginecólogo o pediatra de guardia si fuera necesario.
- 7.- **Teléfono de asesoramiento de la matrona.** Al alta, se le facilita a la familia un número de teléfono directo con las matronas de paritorio, con el objetivo de resolver dudas o solicitar asesoramiento, que por su naturaleza, no precisen de valoración directa u otra actuación.

CONCLUSIONES

Con la puesta en marcha, en el Hospital Alto Guadalquivir, de las medidas anteriormente enumeradas, se

pone de manifiesto que la actuación de las matronas hospitalarias puede ser una importante herramienta en la atención integral de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. Sirviendo de nexo de unión con los cuidados que debieran ofrecer las matronas de Atención Primaria en todos los centros de salud del Sistema Sanitario Público.

AUTORAS: Laura Ruiz Lozano, Irene García Giner. Hospital "Costa del Sol" (Málaga)

INTRODUCCIÓN

La Versión Cefálica Externa (VCE) es un procedimiento por el cual los profesionales obstetras realizan una serie de maniobras externas a través del abdomen materno con el fin de conseguir una presentación fetal cefálica y así aumentar la probabilidad de parto vaginal y disminuir el riesgo de complicaciones. Indicaciones: gestantes a término (≥ 37 semanas de gestación), que no presenten ninguna contraindicación.

Contraindicaciones

ABSOLUTAS	RELATIVAS
Indicación de cesárea por otro motivo	Cesárea previa
Embarazo múltiple	Cardiopatía materna
Monitorización fetal no satisfactoria	Alteraciones de la coagulación
Antecedentes de desprendimiento de placenta o signos de desprendimiento placentario	Obesidad materna
Cabeza fetal hiperextendida	CIR
Malformaciones o anomalías uterinas	Rotura prematura de membranas
Hemorragia en el 3er trimestre	
Preeclampsia grave / Síndrome de HELLP	
Isoinmunización Rh	
Oligoamnios severo	

El procedimiento debe llevarse a cabo en un centro que garantice una asistencia perinatal adecuada y el quirófano debe estar accesible y disponible, aunque el riesgo de cesárea urgente es muy bajo. Los pasos a seguir son los siguientes:

- 1.- La gestante debe estar en ayunas.
- 2.- Informar correctamente en qué consiste la técnica y sus posibles complicaciones.
- 3.- Complimentar correctamente el consentimiento informado por parte de la gestante.
- 4.- Realizar una ecografía.
- 5.- Canalizar una vía venosa periférica y cursar una analítica preoperatoria.
- 6.- Realizar un registro cardiotocográfico (RCTG).
- 7.- Vaciamiento vesical (preferiblemente de forma espontánea).
- 8.- Administración intravenosa del agente tocolítico de elección.
- 9.- Colocar a la gestante en posición de Trendelenburg.
- 10.- Realizar la versión, controlando la frecuencia cardiaca fetal tras cada maniobra o cada 30 segundos.
 - Desplazar la nalga fetal para liberarla de la pelvis, presionando sobre la sínfisis del pubis.
 - Girar el feto. Según el sentido del giro, encontramos dos técnicas: "forward roll" (empujamos al feto hacia su parte ventral) y "back flip" (empujar al feto hacia su espalda").
 - Descenso de la cabeza hacia la pelvis materna.
- 11.- Ecografía.
- 12.- Monitorización de 30 – 45 min y observación durante una hora.
- 13.- Administración de gammaglobulina anti – D a gestantes Rh negativas.

Complicaciones:

Generalmente, la VCE es un procedimiento seguro para la madre y para el feto, pero pueden aparecer complicaciones que en su mayoría son leves, como por ejemplo: malestar/dolor, náuseas y vómitos o sangrado vaginal autolimitado. En menor medida puede aparecer bradicardia fetal o complicaciones que

supongan un riesgo para el bienestar fetal (motivo de cesárea urgente).

OBJETIVO

Revisar la evidencia científica acerca de los beneficios y riesgos de la versión cefálica externa y analizar las tasas de éxito del Hospital Costa del Sol en el período enero 2014 – octubre 2015.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed y Cochrane, utilizando como criterios de inclusión artículos publicados en inglés y en español en los últimos 5 años. Los descriptores utilizados fueron: “fetal version”, “versión cefálica” y “versión cefálica externa”. También se han utilizado los protocolos de Versión Cefálica Externa de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia y del Hospital Costa del Sol.

RESULTADOS

Los artículos revisados coinciden en que la versión cefálica reduce la probabilidad de cesárea y además, los riesgos para el feto no son frecuentes. Los datos recogidos en el Hospital Costa del Sol en el período de tiempo de enero de 2014 a octubre de 2015 avalan esta afirmación:

TOTAL DE PARTOS: 5103 47 gestantes con intención de realizar VCE (5 revocaciones de consentimiento, 5 versiones espontáneas 1 rotura prematura de membranas y 1 no cumple criterios de inclusión)	
VERSIONES REALIZADAS: 34	
15 EXITOSAS	19 FALLIDAS
11 partos eutócicos 1 parto instrumental (vacuo) 1 cesárea 2 historias perdidas	17 cesáreas electivas 1 reversión espontánea 1 historia perdida

Se ha visto que la tasa de éxito aumenta con el uso de tocolíticos previos a las maniobras, en concreto, con el uso de fármacos betaestimulantes (ritodrine).

Algunos estudios, recogen la posibilidad de administrar a analgesia para disminuir el malestar y el dolor (considerado de intensidad media y duración breve) y con ello, mejorar la satisfacción materna y también para facilitar la técnica al obstetra. Si bien, en la actualidad no existe un consenso acerca de la mejor técnica analgésica para la versión.

De forma concreta, puede aumentar el riesgo de cesárea cuando la gestante es primípara y se somete a una inducción de parto tras lograr una versión exitosa.

Todos los artículos coinciden en que el momento para realizar esta técnica es a partir de las 37 semanas de gestación, ya que aunque antes de estas semanas se obtengan mejores tasas de éxito, no disminuye la tasa de cesáreas y además, aumenta el riesgo de parto prematuro, así como la probabilidad de obtener unos peores resultados perinatales.

CONCLUSIONES

Actualmente, uno de los grandes motivos de las cesáreas electivas es la presentación podálica o de nalgas, por lo que la VCE ayudaría a disminuir esta intervención y con ello, disminuir los riesgos maternos propios de la cirugía.

Dados sus beneficios, consideramos interesante ofertar esta técnica a las gestantes que reúnan las condiciones óptimas, si bien, es sumamente importante aportar la correcta información por parte del personal sanitario, señalando los posibles riesgos o complicaciones que puede presentar.

El papel de la matrona en esta intervención, como personal sanitario referente para las mujeres durante el embarazo, consiste en conocer el procedimiento de la versión cefálica externa al igual que sus complicaciones y riesgos para garantizar una atención de calidad a las gestantes y poder ofrecerle toda la información, así como el apoyo necesario durante el procedimiento.

TRABAJO TRANSVERSAL EN LAS ALTAS PRECOCES EN LA REGIÓN EN LA REGIÓN DEL ALT EMPORDÀ .

POSTER

Nº 23

AUTORES: Eva Martínez Travé María Martínez Pascual. Hospital de Figueres (Gerona)

OBJETIVO

Constatar la necesidad de trabajar en las altas precoces de partos vaginales desde una perspectiva transversal .

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión de resultados , encuestas de satisfacción Plaensa y las propias internas del servicio .

RESULTADOS

Satisfacción de las usuarias que han tenido un parto vaginal y que eligen un alta precoz con una continuidad asistencial de todos los agentes de salud implicados .Mejora de comunicación entre profesionales y mujeres. Planes de cuidados individualizados.

CONCLUSIONES

La satisfacción materna en el proceso del parto no se acaba tras el puerperio precoz, sino que continua en todo el proceso del post parto . La continuidad asistencial es uno de los factores que determinan la satisfacción materna y esto se hace posible con el trabajo en equipo del personal ASSIR y las enfermeras materno infantiles , pues pasa por dar información entendedora a la mujer y familia así como instruir en los cuidados neonatales y de lactancia capacitando a la familia para los cuidados infantiles a domicilio .

Los padres valoran la experiencia del parto y alta precoz como positiva.

RESUMEN

La puesta en marcha del protocolo de altas precoces en la región de Alt Empordà pone de manifiesto la necesidad de trabajar en red con los diferentes profesionales de salud que intervienen en el proceso del parto , desde el embarazo hasta el alta definitiva .

Las propias mujeres son las que piden el alta lo antes posible pues no se consideran enfermas y por tanto su estancia hospitalaria debería reducirse todo lo posible .

El despliegue de las matronas del ASSIR y el trabajo conjunto con el personal de enfermería hicieron posible que la satisfacción de las madres en su proceso de parto fuera en aumento al poder regresar al domicilio familiar antes de 48 horas .En las consultas del Assir se informa de la posibilidad del alta precoz , que siempre es pedida de manera voluntaria por la mujer y que requiere cumplir una serie criterios que se incluyen el protocolo. Una vez en la planta en el puerperio precoz , si la revisión del neonato no ofrece inconveniente por parte de pediatría , el personal de enfermería procede a la instrucción de higiene y alimentación del RN . Se potencia la lactancia materna en equipo (matronas , enfermeras y auxiliares de la planta) y se coordina el alta domiciliaria con la llevadora .

Antes del alta la señora tendrá su cita para la revisión pediátrica en su centro de salud correspondiente y la visita de control post parto con su matrona y en lo que respecta al RN , marchara de alta con la prueba de los potenciales auditivos realizada. La prueba de diagnóstico de metabolopatías la realiza la propia matrona en el domicilio.

INFLUENCIA DE DIVERSOS FACTORES PERINATALES EN LA INSTAURACIÓN DE LA MICROBIOTA INTESTINAL DEL RECIÉN NACIDO.

POSTER

Nº 24

AUTORES: Lur Zubiaga Arana, Gala Arnal Ribera, Amaia Intxausti Martínez, Saioa. Galdós Masip . Hospital Universitario Donostia (Guipúzcoa)

OBJETIVO

En esta década, gracias a los avances técnicos, la composición y el rol de la microbiota en la salud y la enfermedad ha sido objeto de una variada investigación. A tenor de los últimos estudios, los estímulos inmunogénicos de la microbiota tienen una participación activa en la maduración de la inmunidad del recién nacido, además existe una evidencia creciente que relaciona la disbiosis microbiana (alteración del patrón de la microbiota saludable) con un aumento del riesgo de desarrollo de enfermedades de tipo inflamatorio, autoinmune y metabólico tales como, asma, diabetes, obesidad y enfermedades gastrointestinales crónicas.

La colonización intestinal, factor crítico en la evolución postnatal del sistema inmune que se desarrolla durante los 3 primeros años de vida, es una cuestión que requiere mayor grado de profundización, pues interviene decisivamente en la salud futura.

El objetivo del presente trabajo es identificar como diversos factores perinatales influyen en el patrón de colonización intestinal del recién nacido.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sistematizada en las bases de datos: PubMed-Medline, Cochrane Library plus y Google académico. Los descriptores bibliográficos (MeSH y DeCS) utilizados han sido: Microbiota, neonato, parto, cesárea, lactancia materna y lactancia artificial. Se han localizado más de 200 artículos y en lo que atañe al perfil de búsqueda se han utilizado los siguientes filtros de selección: Ventana temporal entre 2010 y 2017, combinaciones de operadores booleanos "AND" y "OR", artículos en Español e Inglés y lectura del Abstract. El número final de documentos completos analizados ha sido de: 18.

RESULTADOS

Diversos estudios correlacionan varios factores perinatales con la tendencia de instauración de una microbiota saludable o la tendencia a la disbiosis intestinal. Los resultados obtenidos han sido los siguientes:

FACTORES FAVORECEDORES DE UNA MICROBIOTA SALUDABLE:

* Salud materna:

- El estado nutricional e inmunológico óptimo de la madre durante la gestación y la lactancia
- El uso de probióticos durante la gestación

* Parto vaginal:

- Mediante transmisión vertical el RN realiza el contacto con la microbiota materna
- La microbiota del RN se convierte en similar a la madre
- Predominio de Lactobacilos y Bifidobacterias, que favorecen la protección por fomentar un medio ácido

* Lactancia materna:

- La transmisión se produce por la vía enteromamaria
- Es un importante inductor de la maduración inmunológica
- Efecto restaurador en la microbiota de RN nacidos por cesárea

FACTORES FAVORECEDORES DISBIOSIS DE LA MICROBIOTA

* Cesárea:

- Técnica estéril, escasa transmisión vertical

- Predominio de flora cutánea materna en la microbiota del recién nacido

- Escasez de Lactobacilos y Bifidobacterias

* Lactancia artificial:

- Predominio de Enterobacterias y Enterococcus

- Escasez de Lactobacilos y Bifidobacterias

* Antibióticos:

- Mayor impacto en lactantes menores de 6 meses

- Redistribución anormal del patrón de la microbiota

- Mayor riesgo de padecer: asma, diabetes y obesidad

- Resistencias bacterianas

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los factores que favorecen y dificultan la instauración de una microbiota sana, se puede considerar que la evidencia existente es suficientemente robusta para recomendar la adopción de medidas destinadas a fomentar una adecuada colonización.

Hay que valorar la lactancia materna, así como el uso de probióticos en la gestante y en el recién nacido, a modo de estrategias terapéuticas, en la restauración parcial de la microbiota alterada.

Además, teniendo en cuenta la influencia sobre la salud futura del recién nacido, es de vital importancia ampliar el campo de investigación en este tema.

OPINIONES RESPECTO A LA EDUCACIÓN SEXUAL QUE TIENEN APODERADOS Y PROFESORES DE ADOLESCENTES ENTRE 15 Y 19 AÑOS DE ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES MUNICIPALES DE LA COMUNA DE VALPARAISO.

POSTER

Nº 25

AUTORA: *Ingrid Vargas Stevenson . Escuela de Obstetricia y Puericultura Universidad de Valparaiso (Chile)*

INTRODUCCIÓN

El problema de investigación es ¿Cuál es la opinión respecto a la educación sexual brindada que tienen apoderados y profesores de adolescentes entre 15 y 19 años de establecimientos educacionales municipales de la comuna de Valparaíso?

OBJETIVO

Determinar las impresiones respecto a la educación sexual brindada que tienen apoderados y profesores de adolescentes entre 15 y 19 años de establecimientos municipales de la comuna de Valparaíso.

MATERIAL Y MÉTODO

La metodología utilizada en el presente estudio fue de diseño cuantitativo descriptivo y transversal, las variables fueron analizadas a través de encuestas, de donde se obtuvo la caracterización y expectativas de apoderados y profesores en un tiempo determinado. La muestra se realizó en los Liceos Barón, Técnico, Eduardo de la Barra, INSUCO, Nº1, México, María Luisa Bombal, Marítimo y Técnico Alfredo Nazar y correspondió a 361 apoderados y 206 profesores. Cada apoderado y profesor firma un consentimiento informado para participar en el estudio.

Criterios de inclusión:

- Apoderados que estén a cargo de la crianza de los alumnos de 15 a 19 años de establecimientos educacionales municipales de la comuna de Valparaíso.
- Profesores que hagan clases a alumnos entre 15 y 19 años

Muestra: – Apoderados: 361 – Profesores: 206

RESULTADOS

La gran mayoría de apoderados entregan educación sexual a los adolescentes, siendo principalmente entregada por la madre. Creen que los factores psicosociales como el nivel educacional, la edad y el género de ellos influyen altamente al momento de entregar educación sexual. Dentro de los principales temas abordados por los apoderados al entregar educación sexual destacan métodos anticonceptivos, afectividad y vínculo, cambios en la adolescencia y embarazo. Los apoderados y profesores prefieren que la educación sexual sea realizada por la/el profesional matrona/ón.

CONCLUSIONES

El contexto social y la realidad de los Establecimientos Educacionales de la comuna de Valparaíso, dificulta la entrega de educación sexual a la comunidad escolar

La comunidad escolar reconoce al profesional matrona/matrón como idóneo para abordar esta temática.

AUTORES: *María del Pilar Cazalilla López, Fátima Hidalgo Higuera, Mélody Ortega Cobo, María de la Paz Amate Teva, Rocío Martínez Yébenes, Lidia Cantero Muñoz. Complejo Hospitalario (Jaén)*

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que alrededor de un tercio de las muertes neonatales en todo el mundo se debe a alguna infección, siendo en muchas de ellas el cordón umbilical una posible puerta de entrada. Es muy importante ofrecer una adecuada información a los padres del recién nacido para realizar una correcta cura del cordón, favorecer la caída del mismo, facilitar la cicatrización y prevenir infecciones. Por este motivo, resulta fundamental aclarar cuál es la actuación más adecuada para prevenir complicaciones asociadas a una práctica incorrecta. Estudios recientes marcan una tendencia en la cura del cordón umbilical, pero en realidad no existe acuerdo ni consenso entre profesionales y centros sanitarios sobre cuál es la mejor forma de realizarla.

OBJETIVO

- General: Evaluar la efectividad de las diferentes alternativas en el cuidado del cordón umbilical comparando la incidencia de infecciones umbilicales.
- Específicos: 1. Comparar la efectividad de la cura en seco con otras alternativas (alcohol al 70%, clorhexidina al 4%, povidona yodada y leche materna).
- 2. Identificar el mejor método para el cuidado del cordón en países desarrollados en comparación con países en vías de desarrollo y subdesarrollados.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una revisión sistemática de la literatura científica con una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos: PubMed, LILACS, CINAHL, Cochrane, Cuiden Plus e IME. Para las bases de datos internacionales los descriptores que se utilizaron fueron: “umbilical”, “umbilicus”, “topical”, “cord”, “care”, “dry”, “omphalitis”, “alcohol”, “infection” y “antiseptic”, así como sus equivalentes en castellano para las bases de datos nacionales, combinados en ambos casos con los operadores booleanos AND y OR. Los criterios de inclusión definidos para el presente estudio fueron los siguientes: artículos originales sobre cuidados del cordón umbilical, que comparasen la cura en seco con algún agente antiséptico o tópico o con algún producto natural (leche materna). Decidimos excluir los estudios observacionales. Se establecieron límites en los años de publicación de los artículos (2000-actualidad), pero no en el idioma utilizado.

Todos los registros de la búsqueda fueron exportados al gestor bibliográfico Refworks y allí se eliminaron los artículos duplicados. Los restantes fueron revisados, rechazando aquellos que no cumplían los criterios de inclusión. Finalmente 12 artículos originales fueron utilizados para la elaboración de esta revisión sistemática.

Palabras clave: cordón umbilical, onfalitis, cura en seco, cuidados.

RESULTADOS

Los estudios incluidos en la presente revisión analizan diferentes tipos de antisépticos y soluciones tópicas en comparación con la cura en seco del cordón umbilical. A continuación se presentan los distintos estudios agrupados por intervenciones.

Intervención	Autor y año	Diseño	N	País	Resultados: Incidencia de infecciones
Cura en seco vs alcohol al 70%	Shafique et al.(2006)	Cuasi experimental	90	Pakistán	No hubo ningún caso de infección en ninguno de los dos grupos
	Shoaeib et al.(2005)	Cuasi experimental	70	Egipto	Menor en el grupo de cura en seco (p=0.002)
	Evens et al.(2004)	Ensayo clínico prospectivo aleatorizado	102	EE.UU.	No hubo ningún caso de infección en ninguno de los dos grupos
	Covas et al.(2011)	Ensayo controlado aleatorizado	362	Argentina	Mayor en el grupo de cura en seco (p<0,01)
	Nourian et al.(2009)	Cuasi experimental	77	Irán	Mayor en el grupo de cura en seco (p=0,042; p=0,020; p=0,025)
Cura en seco vs clorhexidina (CHX) al 4%	Mullany et al.(2006)	Ensayo aleatorio grupal controlado	15.123	Nepal	Menor en el grupo de CHX (RR 0,25, IC 95%; 0,12 a 0,53)
	Mullany et al.(2009)	Ensayo aleatorizado	1.923	Bangladesh	Menor en el grupo de CHX (RR 0,80, IC del 95%: 0,65 a 0,98)
	Arifeen et al.(2012)	Ensayo aleatorio grupal	29.760	Bangladesh	Menor en el grupo de CHX (RR=0,80, IC 95%; 0,65–0,98)
	Kapellen et al.(2009)	Ensayo controlado aleatorizado	669	Alemania	Menor en el grupo de CHX (p=0,1)
	Soofi et al.(2012)	Ensayo aleatorio grupal	9.741	Pakistán	Menor en el grupo de CHX (RR: 0,58, IC 95%; 0,41–0,82; p=0,002)
	Sharma et al. (2014)	Ensayo clínico aleatorizado	140	India	Menor en el grupo de CHX (p= 0,042).
Cura en seco vs povidona yodada vs leche materna	Vural et al. (2006)	Estudio de cohortes	150	Turquía	No se encontraron diferencias significativas entre los tres grupos.

CONCLUSIONES

Existe una gran heterogeneidad entre los estudios consultados y las distintas intervenciones en el cuidado del cordón umbilical, por lo que no se pueden obtener datos concluyentes al respecto, siendo difícil establecer un consenso. Los estudios se desarrollan tanto en países desarrollados como subdesarrollados y en vías de desarrollo. Todos estos factores influyen en la variedad de los resultados obtenidos.

La OMS recomienda la cura en seco del cordón, pero esto no se puede aplicar en todos los lugares del mundo, pues en países subdesarrollados y en vías de desarrollo resulta más efectivo el uso de algún agente antiséptico como han demostrado los estudios que comparan el uso de clorhexidina con la cura en seco, disminuyendo la incidencia de infecciones y sepsis neonatales. El alcohol al 70% sigue siendo el agente más usado en la actualidad, sobre todo por las madres, debido a su coste y accesibilidad.

Sin embargo, en países desarrollados la cura en seco sí parece resultar muy efectiva, debido a las condiciones higiénicas y de asepsia, aunque en el estudio de Kapellen et al. realizado en Alemania, recomiendan la utilización de CHX para disminuir la incidencia de infecciones neonatales. Esto nos lleva a pensar si sería necesario replantearse el método de la cura en seco en países desarrollados y realizar más estudios para valorar su efectividad comparándola con otros productos antisépticos.

Las matronas tienen un papel fundamental en esta tarea pues una información e instrucción adecuada a los padres evitaría complicaciones. Para ello, resulta imprescindible la realización de guías o protocolos adaptados a cada situación o país que permita a los profesionales implicados enseñar el método más efectivo en función del lugar de residencia.

AUTORES: María Teresa. Rivas Castillo, Zoraida De La Rosa Várez, Victoriano González Trujillo. Centros de salud Motril Este y San Antonio (Granada)

INTRODUCCIÓN

Cuando nos referimos a *lumbalgia*, la podemos definir como todo cuadro doloroso que asienta en la columna lumbar y que impide su movilización normal. Se caracteriza por un dolor sordo y profundo cuando se realiza flexión del tronco hacia adelante y se asocia con una limitación del movimiento de la espalda, además cuando se palpa la musculatura lumbar se agudiza el dolor. Los síntomas son frecuentemente moderados, aunque también pueden ser severos e incapacitantes. Se ha reportado que el dolor es leve a moderado en el 50% de los casos y severo en el 25% de las embarazadas.

Frecuentemente la aparición del dolor ocurre alrededor de la semana 18ª de embarazo y la máxima intensidad se observaría entre la semana 24ª a 36ª. El dolor durante el primer trimestre de embarazo puede ser un predictor fuerte de dolor en el tercer trimestre de gestación.

Sin embargo, el dolor pélvico relacionado con el embarazo es el dolor en la región pélvica, con o sin irradiación, que comienza durante el embarazo o dentro de las 3 primeras semanas tras el alumbramiento, y para el cual no hay mecanismos claros que puedan explicar los síntomas. Dentro de este se distingue el dolor pélvico posterior, con potencial irradiación a la cara posterior de la pierna, es lo que llamamos ciática.

OBJETIVO

Realizar una guía de recomendaciones para prevenir y mejorar la lumbalgia y el dolor pélvico en el embarazo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se formula la siguiente pregunta clínica en formato PICO: ¿Las recomendaciones sobre la prevención y el manejo de la lumbalgia y el dolor pélvico de las mujeres embarazadas son útiles para evitar o mejorar el dolor? Teniendo en cuenta nuestra pregunta clínica, se realiza una búsqueda bibliográfica inicial en los principales organismos recopiladores y elaboradores de Guías de Práctica Clínica (GPC): Guíasalud, Tripdatabase, [National Guideline Clearinghouse](#), NICE (National Institute for Clinical Excellence), SING (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) y RAO. Las revisiones sistemáticas y demás estudios se obtuvieron de Pubmed, Cochrane, Cuiden Plus, PEDro (base de datos de evidencia de fisioterapia), LILACS y Scielo. Además se utilizó Gerión (herramienta de búsqueda del sistema sanitario público andaluz) y Google académico.

Palabras clave: Lumbalgia/ Dolor pélvico/ Embarazo/ Prevención.

Key-words: Low back pain/Pelvis pain/ Pregnancy/Prevention.

Operadores booleanos utilizados: AND

Los criterios de inclusión en nuestra búsqueda fueron:

- Guías de práctica clínica
- Revisiones sistemáticas
- Ensayos Clínicos Aleatorizados
- Artículos originales
- Fecha de inclusión: los 15 últimos años
- Idioma: español, inglés y portugués

Criterios de exclusión:

- Artículos relacionados con el periodo prenatal y postnatal.
- Artículos que relacionaran el dolor lumbar con medicación y cirugía.

RESULTADOS

La lumbalgia relacionada con el embarazo solo ha cobrado importancia en los últimos años, por el impacto que tiene en la calidad de vida de la embarazada y por los costos económicos que involucra. Más de las dos terceras partes de las mujeres embarazadas presentan lumbalgia y casi la quinta parte presenta dolor pélvico. El dolor aumenta con el avance del embarazo e interfiere con el trabajo, las actividades cotidianas y el sueño. A pesar de estas cifras, se estima que más del 50% de las mujeres reciben poca o ninguna intervención de los profesionales de la salud para mejorar o prevenir el dolor lumbar o pélvico.

Causas y factores de riesgo para desarrollar lumbalgia y dolor pélvico:

- El sedentarismo y el reposo: La causa está en los nervios que normalmente cumplen su función de detectar el grado de tensión de la musculatura. Cuando se deshabitúa esta función de los nervios por el sedentarismo o el reposo, se facilita que se adopten inconscientemente posturas incorrectas y sobrecarga de la musculatura.
- Falta de potencia de los glúteos: Con una insuficiente potencia en la musculatura glútea se puede ocasionar una desestabilización de la articulación sacro-ilíaca, cuya función es la de unir la columna a la pelvis, apareciendo así un dolor lumbar.
- Aumento de peso: en el embarazo se debe incrementar entre 9 y 13 kilogramos.
- Compresión del espacio anatómico: El aumento de volumen del útero y la congestión de la pelvis adquieren gran protagonismo porque pueden facilitar que los nervios espinales que alimentan el nervio ciático en la parte baja de la espalda se compriman e irriten a la raíz nerviosa provocando una ciática.
- El parto: El dolor lumbar o en la zona baja de la espalda es muy característico del parto y postparto y mecanismos como el esfuerzo de la musculatura y las alteraciones en las articulaciones de la pelvis pueden causarlo.
- Modificaciones hormonales: La subida de hormonas asociadas al embarazo, como la relaxina o el estrógeno, pueden causar inconvenientes ya que generan laxitud en las articulaciones, especialmente en la pelvis.
- Historia previa de lumbalgia relacionada o no con embarazo anterior o postparto.
- Alta carga de trabajo.

Prevención de la lumbalgia y dolor pélvico:

- Higiene postural
 - Agacharse flexionando las rodillas con la espalda recta.
 - Cuando estés sentada, evita cruzar las piernas.
 - Procura no estar en posición de cuclillas por largos períodos de tiempo.
 - Procura girar el cuerpo en sintonía con los pies.
 - Evita las posturas estáticas
- Recomendaciones generales:
 - Calzado cómodo y con poco tacón.
 - Utilizar un colchón firme.
 - En posición sentada mantenga la espalda recta y use un pequeño cojín para la zona lumbar.
 - Probar dormir con una almohada entre las piernas.
 - Aplicar calor en la zona dolorosa.
 - Hacer ejercicio de forma regular: caminar, bicicleta estática y los ejercicios en el agua ayudarán a mantenerse activa y a fortalecer la musculatura.
 - Hacer estiramientos y tonificación de la musculatura lumbar se puede conseguir practicando yoga.
 - Utilizar la pelota de Pilates para hacer balanceo de la pelvis, fortalece la musculatura, mejora la flexibilidad, mejora la postura y la coordinación.
 - Probar la acupuntura y osteopatía.
 - Probar el uso de faja lumbar.
- Programa de ejercicios específicos de fortalecimiento, estiramiento y tonificación de la musculatura (esquema de ejercicios específicos).

CONCLUSIONES

La lumbalgia y el dolor pélvico son problemas importantes y prevalentes en la población gestante, incapacitando y causando de forma habitual baja laboral y frecuentación de los servicios de urgencias obstétricas. En muchas ocasiones este problema es normalizado y se hace inherente al proceso de gestación, es por ello que las matronas debemos estar formadas en relación a su sintomatología, causas y medidas preventivas. Tenemos la obligación de asesorar a las mujeres con recomendaciones basadas en la evidencia científica, capacitándolas para que adopten medidas de autocuidado adecuadas y eficaces.

TRASTORNO DE DOLOR GENITO PÉLVICO POR PENETRACIÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO.

POSTER

Nº 28

AUTORAS: Belén Rojas Carmona, Paula Díaz Lozano, M^a Isabel de Dios Pérez. Hospital Universitario (Ceuta)

INTRODUCCIÓN

La edición vigente del DSM-V-TR de la Asociación Americana de Psiquiatría realiza un cambio de nomenclatura al trastorno definido por el DSM-IV “vaginismo” a “trastorno de dolor genito pélvico por penetración”. Dicho trastorno es un problema de salud que afecta no solamente a la esfera de placer, sino también a la capacidad reproductiva de la mujer y causa un malestar acusado o dificultad en las relaciones sexuales la mujer que lo padece.

OBJETIVO

El objetivo principal del trabajo es visibilizar un problema poco conocido pero no poco frecuente, y que tiene un gran impacto en la calidad de vida de las mujeres que lo padecen.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una búsqueda sistemática en la literatura científica para localizar documentos de evidencia científica sobre trastorno “dolor genito pélvico por penetración”. Se utilizaron las bases de datos Cochrane, Pubmed y Science Direct.

RESULTADOS

En la consulta de Atención Primaria de la Matrona, se realiza un seguimiento de una mujer diagnosticada de dolor genito pélvico por penetración. El tratamiento se llevó a cabo junto con Salud Mental que realizó sesiones de Focalización Sensorial. Las sesiones con la matrona consistían en una combinación de educación sexual, autoconocimiento, ejercicios de Kegel y desensibilización sistemática, consiguiendo una ausencia de respuesta de ansiedad ante la situación temida y una disminución de la sintomatología negativa.

CONCLUSIONES

La matrona se encuentra en una posición valiosa para el diagnóstico y tratamiento de las disfunciones sexuales por el seguimiento longitudinal, abordaje biopsicosocial y confianza. Todas las disfunciones deben ser tratadas desde un punto de vista multidisciplinar.

SINTOMAS DE DUELO EN EL EMBARAZO POSTERIOR A UNA PERDIDA GESTACIONAL .

POSTER

Nº 29

AUTORES: Eloísa Fernández Ordóñez, Isabel M^a Acedo García, Irene García Giner, Laura Ruiz Lozano, Víctor Romero Domínguez, Cristóbal Rengel Díaz. Hospital Universitario Virgen de la Victoria.(Málaga)

INTRODUCCIÓN

Es reciente la preocupación de la comunidad científica por el duelo gestacional. Esto justifica la escasa atención que hasta hace poco han recibido los embarazos que se producen tras una gestación fallida. Los síntomas de duelo gestacional pueden condicionar la vivencia del embarazo posterior e incluso el vínculo con la nueva criatura.

OBJETIVOS

Objetivo general: Identificar la existencia de síntomas de duelo en embarazos posteriores a una pérdida gestacional.

Objetivo específico: Identificar factores de riesgo para el desarrollo del duelo en embarazos posteriores a una pérdida gestacional.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las plataformas Web of Science y Scopus y en la Biblioteca Cochrane Plus, combinando las palabras clave: *grief* y *subsequent pregnancy* con el operador booleano AND. La búsqueda se limitó a los últimos 5 años y arrojó 35 resultados, todos en inglés. Estos artículos se sometieron a la matriz de evaluación CASPe y tras una lectura crítica se seleccionaron un total de 17 artículos.

RESULTADOS Existe un mayor nivel de ansiedad entre las mujeres que han sufrido una pérdida gestacional anteriormente que entre aquellas que no han padecido esta circunstancia. También puntúan más alto en las escalas de somatización, compulsión obsesiva, sensibilidad y psicoticismo. La ausencia de sintomatología propia del embarazo, disminución de movimientos o la cercanía a la edad gestacional de la pérdida anterior son frecuentes factores desencadenantes de ansiedad. Se ha reportado una mayor preocupación acerca del parto y una mayor inseguridad y desconfianza en los profesionales sanitarios. El duelo gestacional puede resurgir en gestaciones posteriores manifestándose también mediante un vínculo vacilante con la nueva criatura. No existen datos acerca de la mayor incidencia de depresión durante la gestación en mujeres con pérdidas gestacionales previas, sin embargo si existe mayor incidencia durante el primer mes postparto en estas mujeres.

CONCLUSIONES

La literatura consultada avala que los embarazos posteriores a una pérdida gestacional son embarazos vividos de forma diferente, y que como tal, deben ser tratados de forma diferente. El trabajo de los profesionales sanitarios no debe limitarse a la atención a la pérdida gestacional si no que, además, debe incluir una atención específica a los embarazos posteriores. Existen experiencias a este respecto con muy buenos resultados. No obstante, esta atención no debe limitarse a la mujer, ya que su pareja y/u otros hijos, también pueden sufrir sintomatología compatible con el duelo gestacional.

FUNDAMENTOS PARA LA CREACIÓN DE UNA COMUNIDAD DE PRÁCTICA VIRTUAL PREPARTO Y PARTO EN LA ESCUELA DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA DE LA UNIVERSIDAD DE VALPARAISO.

POSTER

Nº 30

AUTORES: Claudia Gutiérrez Mella, Anna Escofet Roig. *Escuela de Obstetricia y Puericultura Universidad de Valparaíso (Chile)*

OBJETIVO: Construir una Comunidad de Practica Virtual como estrategia de aprendizaje activo participativo y colaborativo por estudiantes que realizan en el tercer año práctica clínica Atención Integral de Preparto y Parto, Matronas/es docentes asistenciales de la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso y Matronas/es clínicos convenio docente asistencial de los campos clínicos de la V Región, Chile.

Los objetivos específicos son:

1. Levantar e implementar una plataforma virtual de fácil acceso y manejo, “Comunidad de Practica Virtual Preparto y Parto” por la Escuela de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Valparaíso, Chile.
2. Diseñar para la “Comunidad de Práctica Virtual Preparto y Parto”, estrategias que aseguren el aprendizaje activo participativo, colaborativo y permanencia por los estudiantes de tercer año de la Escuela de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Valparaíso, Chile.
3. Evidenciar reflexiones del desempeño en torno a la “Comunidad de Práctica Virtual Preparto y Parto”, de estudiantes de tercer año y matronas docentes de la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso, y matronas asistenciales de los campos clínicos de la V Región, Chile.

MATERIAL Y MÉTODO: La presente investigación será un estudio con diseño metodológico cualitativa fenomenológica de corte descriptivo-interpretativo con referencia de Alfred Schütz, la que se realizará durante el segundo semestre del año académico 2017 en la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso, Chile.

La selección de la muestra será a través del mecanismo intencionado y razonado. Las unidades de muestreo o participantes del estudio serán; 6 estudiantes de tercer año que deben realizar la práctica clínica Atención integral de Preparto y Parto, 4 Matronas/es docentes asistenciales del ámbito de Preparto y Parto pertenecientes a la Escuela de Obstetricia y Puericultura, y 4 Matronas/es clínicos de la Unidad de Preparto y Parto del Servicio de Ginecología y Obstetricia de los campos clínicos con convenio docente asistencial de la V Región, Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso y Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar. En total la muestra estará conformada por 14 participantes.

Antes del reclutamiento de los participantes, se solicitarán los permisos pertinentes a través de cartas oficiales dirigidas a autoridades de los tres establecimientos involucrados; Decano de la Facultad de Medicina y Directora de la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso; Director, Jefe de Servicio Ginecología y Obstetricia, y Matrona Supervisora de los Hospitales; Carlos Van Buren de Valparaíso y Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar. En cuanto al reclutamiento e invitación de los miembros de la “Comunidad de Práctica Virtual Preparto y Parto”; estudiantes, Matronas/es docentes asistenciales y Matronas/es clínicos, se realizará a través de una carta de invitación y posterior lectura, aceptación y firmar de consentimiento informado, aprobado por Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso.

Para la recogida de los datos se pretende realizar a través de la técnica de observación de los participantes durante el desarrollo de la acción formativa, “Comunidad de Práctica Virtual Preparto y Parto”, y la técnica de entrevista semiestructurada y en profundidad en modalidad presencial y grupal de los miembros del estudio posterior a la realización de la práctica clínica Atención Integral de Preparto y Parto, y participación de la “Comunidad de Práctica Virtual Preparto y Parto”.

Se construirá una plataforma basada en el software de servicios de la red social ELGG (2008) para la creación de la “Comunidad de Práctica Virtual Preparto y Parto” y posterior validación de su

funcionamiento y diseño a través del proceso de pilotaje con sujetos que no forman parte de la muestra. El análisis se pretende llevar a cabo de la recopilación de los datos, transcripción, extracción, organización, clasificación y codificación de los discursos de las unidades de estudio y triangulación de los datos de estudiantes, Matronas/es docentes asistenciales y Matronas/es clínicos. Para el análisis final se tomará como hilo conductor marco teórico de la investigación para la interpretación de la información obtenida y consultada.

RESULTADOS PRELIMINARES: Esta investigación emerge de la demanda actual de las universidades chilenas, por generar estrategias educativas con innovación y aseguramiento de la calidad, por lo cual las instituciones y los programas de estudios se plantean metas de superación continuas como la necesidad de promover nuevas formas de enseñar y aprender en la educación superior.

En este contexto, la Universidad de Valparaíso en su Proyecto Educativo, como propuesta formativa adopta una clara influencia del modelo constructivista y sociocognitivo actual, en lo que respecta al proceso de enseñanza aprendizaje, fomentando una docencia centrada en el estudiante, promoviendo y facilitando el aprendizaje autónomo, apoyado de un docente tutor y gestor del aprendizaje, siendo capaz de transformar constantemente sus conocimientos de acuerdo a las demandas del entorno laboral y social.

La Escuela de Obstetricia y Puericultura, alineándose a la propuesta de transición de paradigma del proceso de enseñanza-aprendizaje de la Universidad y al Plan Estratégico de la Facultad de Medicina, propone para el desarrollo y formación pedagógica del cuerpo académico la incorporación de estrategias de enseñanza aprendizaje con innovación tecnológica acorde a las demandas de una sociedad del conocimiento de la Era Digital, para fortalecer la competencia docente en metodologías activo participativas que faciliten el aprendizaje y la autoformación del estudiante, iniciado su transición hacia modelos de aprendizajes socio-constructivistas y conectivistas, propio de esta actual Era Digital, a través de las TICs.

En este sentido, la inclusión de la tecnología y la identificación de conexiones en red como fuentes de información en las actividades de aprendizaje, considera que éste proceso se produce a través de interacciones entre y dentro de conexiones, por ejemplo a través de una organización o una base virtual. En este contexto, como estrategia de aprendizaje son las “Comunidades de Práctica”, es decir grupos sociales que comparten un interés o una pasión sobre un tema, desarrollan aprendizajes basados en la reflexión compartida sobre experiencias prácticas, profundizan su conocimiento y experiencia en el área, a través de una interacción continua, de esta manera se fortalece las relaciones entre los integrantes, obteniendo un aprendizaje colaborativo y auto organizado por los estudiantes.

En el momento de escribir la propuesta “Comunidad de Práctica Virtual Preparto y Parto”, se consideran tres aspectos: el primero, es que en el tercer año del plan curricular de la Carrera, está inserta la realización de la práctica clínica Atención Integral de Preparto y Parto, la cual es percibida por parte de los estudiantes como la más compleja, estresante y difícil de aprobar del currículum, debido a que deben aplicar conocimientos adquiridos en el aula y los autogestionado en la atención directa a la mujer para el desarrollo óptimo e integral (competencias cognitivas, procedimentales y actitudinal) de su práctica clínica en éste ambiente desfavorable. En este mismo sentido, la segunda consideración, la unidad de “Preparto y Parto” en el ámbito hospitalario también es percibida por parte del profesional Matrona/ón como compleja, de alto nivel estresor, que demanda una vasta experiencia tanto de conocimiento como de manejo de la mujer en trabajo de parto y posterior atención del parto. Y la última consideración, es la concepción que los cuidados preparto y atención de parto que se ofrecen a las usuarias ha cambiado en los últimos años, potenciando el autocuidado, empoderamiento de la mujer e incorporación de sus parejas o acompañante significativo y la lucha por mantener la principal figura de acompañamiento de la mujer en el proceso de preparto y parto como única entidad valida profesionalmente.

De lo anterior descrito, se está diseñando una plataforma virtual “Comunidad de Práctica Virtual Preparto y Parto” en la que participarán estudiantes de tercer año de la Carrera de Obstetricia y Puericultura, Matronas/es docentes pertenecientes de la Escuela de Obstetricia y Puericultura, y Matronas/es clínicos de los hospitales con convenio docente asistencial.

Para esto, la Escuela de Obstetricia y Puericultura implementará una plataforma para la creación de la

“Comunidad de Práctica Virtual Preparto y Parto” basada en el software de servicios de la red social ELGG (2008) el que ha ganado fuerza en el ámbito de la Educación, donde se ha utilizado estas redes sociales para diversas instituciones y organizaciones. Se diseñará en base a modelos de plataformas de Comunidad de Prácticas implementadas con un enfoque pedagógico socioconstructivista y colaborativo, con estrategias didácticas de motivación y aprendizaje, con diseño de interactividad, que contenga un marco contextual de la temática a compartir, con elementos de soporte, funcionamiento y comunicación. Entre las herramientas que los usuarios podrán encontrar en la plataforma; gestiones de grupo, blogs, chat, gestión de calendario, archivos compartidos, videos compartidos, fotos, enlaces de redes sociales, entre otras.

La idea es que la plataforma favorezca el desarrollo del flujo de conexiones, trabajo colaborativo y de intercambio de experiencias alrededor de la línea temática de “Preparto y Parto”, permitiendo generar y compartir conocimientos, procedimientos, experiencias y vivencias para la mejora de la práctica asistencial y la atención que se le presta a la mujer.

En el mes de junio 2017, se habrá realizado un pilotaje del funcionamiento de la plataforma y del diseño realizado con sujetos que no son parte de la muestra. Ello permitirá sentar las bases para el análisis del desempeño de la “Comunidad de Práctica Virtual Preparto y Parto”, de estudiantes de tercer año y Matronas/es docentes asistenciales de la Escuela de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Valparaíso y Matronas/es clínicos con convenio docente asistencial de los Hospitales de la V Región, Chile.

CONCLUSIONES: El acompañamiento por parte de la Matrona/ón en el trabajo de parto y atención de parto de las mujeres ha estado presente desde la era de la pre historia, que ha traspasado océanos, tierras y fronteras, manteniendo pese a algunos momentos adversos su ejercicio y prestigio a través de los tiempos. Una de las razones, se le puede atribuir a la permanente actualización de conocimientos e innovación de procedimientos en la atención de las usuarias, esto acompañado indudablemente con el traspaso de experiencias y vivencias de mentoras a discípulas. Así, la creación de una Comunidad de Practica Virtual Preparto y Parto es un espacio en donde se podrá compartir conversaciones enriquecedores que potenciarán y fortalecerán aún más el ejercicio de la Matronería.

DETECCIÓN PRECOZ DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO RELACIONADO CON EL PARTO PARA LA PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN PUERPERAL .

POSTER

Nº 31

AUTORAS: Beatriz Valverde Melero, María Teresa Zubillaga Sigüero, Francisca María Escarpa Araque. Hospital Sanitas " La Moraleja" (Madrid)

OBJETIVO

Disminuir las tasas de depresión puerperal asociadas al estrés posttraumático.

MATERIAL Y MÉTODO

En primer lugar se hizo una revisión bibliográfica sobre depresión puerperal y estrés posttraumático relacionado con el parto.

En nuestro hospital actualmente contamos con una consulta dirigida en exclusiva por la matrona en la que se realiza control del embarazo de forma alterna junto al ginecólogo y se atiende también a las puérperas en los 7-10 días posteriores al parto o cesárea.

Contamos con una población muy implicada en todo lo relacionado con la maternidad y con embarazados muy planificados. Un 97% de las mujeres realizan preparación al parto. En la revisión postparto observamos mujeres muy ansiosas por el cuidado del bebé, con insomnio y en muchas ocasiones expresan sentimientos de tristeza respecto al parto.

La depresión posparto es un trastorno del estado de ánimo como consecuencia de una combinación de factores físicos y emocionales. Las madres que padecen depresión posparto tienen sentimientos de extrema tristeza, ansiedad y cansancio que les dificultan realizar las actividades diarias del cuidado de sí mismas.

Nuestro objetivo es detectar a las mujeres que tengan signos y síntomas de estrés posttraumático relacionados con el parto para poder hacer tratamiento emocional precoz de manera individual y terapia conjunta con otras mujeres puérperas.

En la consulta postparto a los 7-10 días del parto se realizarán 2 encuestas:

1. Escala de Edimburgo.....ante un resultado mayor de 10 se realizará la segunda escala elaborada por nosotras
2. Escala de posible estrés posttraumático con escala likert de valoración de 1 a 5

¿Ha tenido sueños o pesadillas relacionados con el nacimiento de su bebé?
¿Le trae malos recuerdos pensar en su parto?
¿Ha intentado evitar pensar en lo relacionado con el nacimiento de su bebé?
¿Le cuesta recordar momentos de la estancia hospitalaria?
¿Se siente culpable respecto a las circunstancias que rodearon el nacimiento de su bebé?

Ante una puntuación mayor a 25 en nuestra escala citaremos a la paciente nuevamente en 15 días para reevaluación conjunta pasando nuevamente la escala y si persiste la puntuación se derivará a consulta de psicología situada en nuestro mismo centro.

Los profesionales que acompañan a la mujer en el parto y en la cesárea tienen un papel crucial en la prevención del sufrimiento psíquico en el postparto. Si consiguen que a pesar de la intervención quirúrgica la mujer sea en todo momento protagonista de su parto, si facilitan el contacto madre hijo lo

antes posible, y si además ofrecen un apoyo cercano y un asesoramiento correcto en el inicio de la lactancia, las repercusiones posteriores serán menos dramáticas. El trato que recibe la parturienta por parte de los profesionales que le atienden influye enormemente en su percepción del parto y puede ser un factor crítico tanto en la prevención como el desencadenamiento del síndrome de estrés postraumático.

Por ello de cara a prevenir o minimizar el malestar psicológico en el puerperio los profesionales deben actuar de la siguiente forma: Durante el embarazo se recomienda ser especialmente cuidadosos en la transmisión de cualquier información “negativa”. Durante el parto: evitar todas las cesáreas o intervenciones innecesarias, respetar el derecho de la mujer a estar acompañada en todo momento en el parto por alguien de su confianza y elección, adecuada analgesia si la mujer lo desea, garantizar ambiente de respeto y confianza durante la intervención, evitar la separación madre-bebé...

Una vez detectado el estrés postraumático se realizará terapia conjunta.

*Terapia individual llevada a cabo por el equipo de psicología de nuestro centro

*Terapia conjunta llevada a cabo por el equipo de matronas: Se juntarán a todas las mujeres puérperas detectadas en nuestra consulta una vez al mes en la sala de reuniones de la tercera planta con los siguientes objetivos:

- fomentar el diálogo
- animar la expresión de sentimientos
- ofrecer información detallada de cada uno de los procedimientos llevados a cabo durante el parto
- apoyo extra a la lactancia (derivación a la consulta de lactancia si es necesario)

RESULTADOS

los datos a recoger serán:

- número de puérperas vistas en nuestra consulta
- número de puérperas con escala de Edimburgo alterada
- número de puérperas con escala propia del hospital para síndrome de estrés postraumático alterada
- número de puérperas derivadas a departamento de psicología
- número de puérperas que acuden a terapia conjunta de la matrona
- tiempo hasta el alta
- tipo de parto en mujeres con alteración en ambas escalas

CONCLUSIONES

- Sin tratamiento, la depresión posparto puede durar meses o años. Además de afectar la salud de la madre, puede interferir con su capacidad de relacionarse y de cuidar de su bebé.
- Es importante conocer los hechos puntuales que influyen en el desarrollo del estrés postraumático relacionado con el parto para modificar actitudes profesionales no sólo en cuanto a la atención durante el parto, sino también durante la educación maternal.
- Deben detectarse los factores de riesgo ante un síndrome de estrés postraumático para tratarlo de manera precoz.

AUTORAS: Alina Carnero Quintana, Esmeralda Agra Guerra, Esther Callejas Galindo, Emma García Rodríguez, María Sánchez Díez. Hospital Universitario " Río Hortega" (Valladolid)

INTRODUCCIÓN

La mastitis infecciosa es una patología común entre las madres lactantes, que afecta hasta a un 33% de éstas. La mastitis es más frecuente en las semanas segunda y tercera del postparto, aunque puede ocurrir en cualquier momento de la lactancia, incluso en el segundo año. La interrupción precoz de la lactancia tiene un origen multifactorial, pero dentro de las causas médicas, el primer motivo de abandono prematuro e indeseado de ésta es causado por la mastitis. Este abandono es debido al dolor que produce la mastitis o es el resultado de un asesoramiento inadecuado por parte de los profesionales sanitarios. No obstante, teniendo en cuenta que la lactancia proporciona importantes efectos beneficiosos para la salud tanto de la madre como del hijo, la mastitis constituye un problema de salud pública relevante.

OBJETIVO

Realizar una revisión actualizada sobre las estrategias para la prevención y el abordaje terapéutico de la mastitis infecciosa en mujeres lactantes.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos Pubmed, Scielo, Cochrane y en el buscador google académico utilizando las palabras claves: mastitis puerperal, tratamiento, probiótico, prevención, antibiótico.

Se han utilizado artículos, estudios clínicos, revisiones, protocolos y monografías sobre las actuaciones terapéuticas y preventivas efectivas en las mastitis puerperales escritos en inglés o español y con una antigüedad no superior a 10 años.

RESULTADOS

La mastitis puede prevenirse en gran medida, si la lactancia materna se guía adecuadamente desde el principio. Durante la estancia hospitalaria se deberá evitar el uso de antibióticos de manera indiscriminada, se fomentará el contacto precoz piel con piel, se alojará en la misma habitación madre-hijo, se facilitará el inicio de la lactancia en la primera hora tras el parto, se controlará los signos de buen agarre al pecho, se fomentará la lactancia a demanda, se evitar suplementos de fórmula si no hay indicación médica y se ofrecerá a las madres ayuda y apoyo.

Ante un posible episodio de mastitis se llevará a cabo una anamnesis a la madre, para identificar causa o factores predisponentes, se observará una toma al pecho para evaluar si la técnica es eficaz y se explorará la boca del bebé para descartar posibles malformaciones que dificulten el agarre.

Ante un amamantamiento doloroso, aunque no haya signos externos inflamatorios se deberá recoger una muestra de leche para cultivo microbiológico y antibiograma si es posible, para poder determinar el agente causal e instaurar un tratamiento antibiótico adecuado a la sensibilidad del germen.

Los principios fundamentales para el tratamiento de la mastitis infecciosa serán: drenaje del pecho afecto, asesoramiento y apoyo, tratamiento antibiótico y tratamiento sintomático.

En dos estudios llevados a cabo por Jiménez E, Delgado S, Arroyo R, Fernández L, et al, sobre el uso de probióticos como tratamiento en mujeres diagnósticas de mastitis infecciosas demuestran ser eficaces en cuanto a la disminución de la sintomatología, incluso en su desaparición.

CONCLUSIONES

La prevención es la mejor arma, y es imprescindible actuar en este sentido con buenas prácticas como no retrasar el inicio de la lactancia, favorecer el contacto precoz piel con piel, asegurar la posición correcta al pecho y practicar lactancia a demanda sin restricciones. La matrona desempeña un papel muy importante

en la detección de aquellas mujeres que presentan los primeros síntomas de mastitis en el posparto, tanto en la maternidad como en la consulta de atención primaria. El apoyo por parte de los profesionales y sus conocimientos son las armas terapéuticas más importantes en el manejo de la lactancia materna. Ante cualquier problema con la lactancia la primera medida será hacer una anamnesis y evaluar la técnica de lactancia. A toda mujer lactante que presente dolor en el pecho, acompañado o no de otros síntomas, se le debería recoger una muestra de leche lo antes posible para confirmar o descartar una mastitis infecciosa y en caso de mastitis infecciosa, un antibiograma para administrar el tratamiento adecuado según la sensibilidad del agente causal. Ante un diagnóstico de mastitis nunca se debe abandonar la lactancia materna. El uso de probióticos en mujeres con mastitis ha dado buenos resultados en la reducción del dolor de la mama y del número de recidivas, en estudios llevados a cabo por un equipo de investigación. Por lo que sería necesario realizar más estudios que demuestren su eficacia para poder aconsejar su uso.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE EL USO DEL ÓXIDO NITROSO EN MUJERES EN TRABAJO DE PARTO.

POSTER

Nº 33

AUTORAS: Alba Diez Ibarbia, Estefanía Moreno Román, Diana Lobo Revilla, Paula Sáenz Cabredo. Hospital "San Pedro", Logroño (La Rioja)

INTRODUCCIÓN

El dolor en el trabajo de parto está íntimamente ligado al papel de la mujer en la sociedad. Está condicionado por los avances científicos y moldeada por multitud de aspectos. A lo largo del tiempo pasa de entenderse como un castigo por un pecado original, a un dolor imaginario a un proceso con atención médica con aumento de la tecnificación e intervencionismo hasta la actualidad que es un reto multidisciplinar, fisiológico y humanizado. Se considera uno de los principales miedos de las gestantes: para un 50% es insoportable y asumible en un 15%. Hasta el siglo XIX, para abordar el dolor, se utilizaban medidas no farmacológicas. Posteriormente se introducen técnicas farmacológicas, siendo la más utilizada la anestesia epidural. Esta revisión se ha centrado en un método farmacológico: el uso del óxido nitroso (N_2O) inhalado como método de alivio del dolor durante el trabajo de parto. Los motivos son por su breve y escasa puesta en práctica (menor del 10%), y gran desconocimiento en nuestro país, comparándolo con otros países con mayor uso como Reino Unido (50-75%) y Finlandia (60%). En 1881, Stanislav Klikovich fue el primero en aplicar N_2O en mujeres de parto como analgésico, conocido como el "gas de la risa". El N_2O es un gas inhalable que contiene el 50% de Oxígeno y 50% de N_2O a una presión de 170 bar y 15°C. Tiene efecto analgésico, disminuyendo el umbral al dolor al neutralizar transmisiones nerviosas y limitando su sinapsis.

OBJETIVOS

Describir el conocimiento actual sobre la utilización del N_2O como analgésico en obstetricia en paritorio. Relatar la eficacia, seguridad, interacciones, satisfacción, comparación con otros métodos y aplicabilidad en su utilización como analgésico inhalatorio durante el trabajo de parto basándose en la literatura científica.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica entre los meses de Junio a Noviembre de 2016, de la literatura científica desde el año 1994 hasta la actualidad para asegurar la evidencia y calidad sobre el uso del N_2O como método de alivio del dolor obstétrico. Se ha recogido artículos científicos en diferentes bases de datos, protocolos de hospitales del uso del gas, prospectos farmacológicos del N_2O y guías de uso de Entonox® y Kalinox®. Teniendo en cuenta los criterios de selección y limitaciones encontradas, de 99 referencias bibliográficas inicialmente, se incluyeron finalmente 45 artículos.

RESULTADOS

Refiriéndonos a la eficacia del N_2O , se concluye que produce grados moderados pero satisfactorios de analgesia en el parto, aliviando el dolor y el malestar con una sedación mínima. Sus efectos adversos más frecuentes son las náuseas y vómitos (5-36%). Otros efectos descritos son somnolencia, mareo, boca seca y euforia. No existen datos suficientemente para evaluar un efecto malformativo cuando se administra durante el embarazo por lo que se desaconseja su uso. En cuanto a su forma de administración, la sincronización entre contracciones uterinas-inhalación es la clave para conseguir el efecto analgésico deseado, debiendo iniciarse con respiraciones profundas 20-30 segundos antes del pico de la contracción uterina y cesar cuando ésta comienza a remitir. Se considera un método de seguridad contrastada en concentraciones 50% N_2O /50% oxígeno, con uso intermitente y respetando los "valores sanitarios límite": 25 ppm. No deprime la dinámica uterina, no alarga el parto, no anula reflejo de pujo, no afecta al recién nacido (RN) ni la lactancia porque su eliminación es inmediata (2 min). En cuanto a la satisfacción y expectativas de las gestantes, el 85% se sienten satisfechas y las mujeres a sabiendas aceptan menos

alivio al dolor a cambio de mayor movilidad.

CONCLUSIONES

Hasta el momento actual se ha escrito mucho acerca del uso del N₂O en el parto pero son la mayoría de su uso en otros países. En nuestro medio aún no está muy extendido. Por ello, queda mucho sobre lo que estudiar. Debemos promover y dar la oportunidad a elegir dicho método como método de alivio del dolor en trabajo de parto en todas las unidades de partos. Los grados de satisfacción y expectativas de las mujeres son elevados cuyas razones son porque les mantiene consciente, alerta, no restringe su movilidad, les reduce su ansiedad y les da opción a un parto más natural y fisiológico. El N₂O es un gas con efecto analgésico moderado y beneficioso, de manejo sencillo, barato, con pocas contraindicaciones y no invasivo. Se considera un método de seguridad contrastada en madres, RN, profesionales y cuidadores. La mejor técnica de administración es auto-administrada e intermitente que puede ser utilizado en todas las etapas del trabajo de parto y en el postparto. Sus efectos adversos son leves, transitorios y poco frecuentes. Actualmente la anestesia epidural y los opioides son las más efectivas para la disminución del dolor, con más efectos adversos, mayor riesgo de parto distócico y con mayor coste que el N₂O. El N₂O se puede administrar como coadyuvante a otros métodos, potenciando los efectos adversos e hipnóticos, reduciendo su posología, con mayor eficacia al dolor pero precisando más vigilancia clínica.

AUTORAS: *María del Pilar Cazalilla López, Olga Madera Ferreiro, Fátima Hidalgo Higuera, Mélody Ortega Cobo, María de la Paz Amate Teva, Rocío Martínez Yébenes. Complejo Hospitalario (Jaén)*

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del lactante y continuar junto con alimentación complementaria hasta los 2 años de edad o más. Sin embargo, existen circunstancias especiales en las que la lactancia puede ser una labor complicada, suspendiendo la misma en las primeras semanas o meses de vida del bebé. Se puede volver a producir leche, habiéndola producido anteriormente o establecerla sin haberse quedado embarazada (situaciones de adopción, maternidad subrogada...); estas situaciones son conocidas como “relactación” y “lactancia inducida” respectivamente. A pesar de que todavía son experiencias poco conocidas, con el apoyo y la información adecuada, cada vez son más madres las que se animan a intentarlo, siendo posible en la mayoría de los casos.

OBJETIVO

- Analizar la evidencia científica disponible sobre el proceso de relactación y lactancia inducida.
- Identificar las técnicas más utilizadas para conseguir la relactación con éxito y conocer el papel de la matrona en este proceso.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una revisión de la literatura con una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos: PubMed, LILACS, CINAHL, Cochrane, Cuiden Plus e IME. Para las bases de datos internacionales los descriptores que se utilizaron fueron: “relactation”, “methods for relactation”, “induced lactation” y “exclusive breastfeeding”, así como sus equivalentes en castellano para las bases de datos nacionales, combinados en ambos casos con los operadores booleanos AND y OR. No se establecieron límites en los años de publicación de los artículos ni en el idioma utilizado. Se amplió la búsqueda en Guías de Práctica Clínica, Sociedades Científicas y Organizaciones: AEPED y OMS.

Nos hemos centrado en los métodos más utilizados para la relactación seleccionando los estudios y recomendaciones más actuales.

Palabras clave: lactancia inducida, lactancia materna exclusiva, relactancia, relactación.

RESULTADOS

Aunque hasta hace poco la relactación era un hecho excepcional, actualmente es posible en la mayoría de las mujeres con una buena motivación y apoyo por parte de su familia, profesionales sanitarios, sistema de salud y la sociedad en general. La evidencia científica disponible hasta el momento manifiesta que la relactación es posible, jugando un papel fundamental factores como: el grado de motivación materna, el nivel de confianza en su capacidad de producir de leche y la adecuada información y apoyo social.

La inducción no es un proceso fácil, el procedimiento para llevarla a cabo es lento y se necesita paciencia para ello. La base del éxito radica en la adecuada estimulación de la glándula mamaria y el aumento de la prolactina en sangre para iniciar la producción de leche materna.

Las principales técnicas de relactancia pretenden conseguir que el bebé estimule el pecho a la vez que se alimenta. Destacan los siguientes métodos:

-Relactador, suplementador de lactancia: proporciona al lactante un flujo continuo de leche a través de una sonda que se deja junto al pezón en la boca del niño conectado a un depósito de leche. Resulta útil cuando un pecho no está produciendo suficiente leche.

-Método “gotear y chorrear”: se gotea la leche mientras el niño está mamando con una taza directamente o con un cuentagotas sobre el pecho. Se podría utilizar para incitar a un lactante reacio a

iniciar a succionar el pecho. Sin embargo, el éxito es menor cuando el bebé tiene un buen agarre al pecho, pues la leche no entra con facilidad en su boca.

-Vaso: técnica muy efectiva que consiste en apoyar ligeramente en el labio inferior del bebé un vasito de leche, que irá tomando por sí solo.

-Dedo-jeringa: consiste en introducir un dedo limpio en el paladar superior de la boca del bebé, desplazando ligeramente la mandíbula inferior hacia abajo. Con la ayuda de una jeringuilla, introducir leche poco a poco por una de las comisuras del labio. De esta manera, el bebé recibirá alimento al mismo tiempo que succiona el dedo.

En algunas ocasiones y bajo prescripción médica, tratamientos hormonales, antieméticos, antipsicóticos, productos herbáceos y agentes procinéticos gástricos se podrían utilizar para complementar estos métodos de relactación, especialmente en la lactancia inducida. Pero sin duda alguna, el método más efectivo consiste en poner el niño al pecho, para conseguir una adecuada estimulación, succionando cuantas más veces mejor (mínimo de 10-12 veces al día, siendo más efectivo durante la noche). De esta forma, el reflejo de succión incrementa la producción de prolactina.

Otro aspecto fundamental a tener en cuenta es el vaciado completo de las mamas para aumentar y mantener la producción láctea. Practicar el contacto piel con piel también favorece el éxito de este proceso, así como dejarle todo el tiempo que necesite en cada pecho hasta que se retire. La estimulación también se podría realizar con una extracción manual o con un sacaleches, pero es menos efectivo. Por otro lado, se recomienda no utilizar chupete, pues les cansa y les resta fuerza para mamar después.

CONCLUSIONES

- La mayoría de las mujeres que relactan son capaces de amamantar exclusivamente a sus hijos en un mes si están suficientemente motivadas pues se requiere de paciencia y perseverancia.

-Las matronas juegan un papel fundamental, pues en muchas ocasiones, una adecuada información, asesoramiento, prevención y apoyo de la lactancia materna evitaría plantearse esta opción. Es importante transmitir que, independientemente de la cantidad de leche que se vaya produciendo y el tiempo que se necesite, lo realmente importante es el contacto y la relación afectiva que se establece.

-Los profesionales implicados en esta labor deberían conocer las claves del éxito de la relactación para ofrecer un buen asesoramiento y motivación a todas aquellas madres que comienzan en el proceso de relactación o lactancia inducida.

AUTORAS: Sara Reyes Jiménez, Laura Giraldo Valls, Eva María Ortega Ballesteros. Hospital " Reina Sofía" (Córdoba)

INTRODUCCION

La suplementación con vitamina D durante el embarazo se ha sugerido como una intervención para proteger contra los resultados adversos del embarazo.

OBJETIVO

Examinar si los suplementos orales con vitamina D sola o en combinación con calcio u otras vitaminas y minerales administrados a las mujeres durante el embarazo pueden mejorar los resultados maternos y neonatales.

MATERIAL Y MÉTODO

Búsqueda bibliográfica en principales bases de datos: Uptodate, Pubmed y Scielo en un periodo temporal (2006-2016). Los descriptores utilizados son: Hipertensión; embarazo; vitamina D; recién nacido.

RESULTADOS

Nueve ensayos compararon los efectos de la vitamina D sola versus ningún suplemento o un placebo y seis ensayos compararon los efectos de la vitamina D y el calcio sin suplementación. Las mujeres que recibieron suplementos de vitamina D solos, sobre todo diariamente, tenían una mayor 25-hidroxivitamina D que aquellos que no recibieron intervención o placebo. Los datos de dos ensayos con 219 mujeres sugieren que las mujeres que recibieron suplementos de vitamina D pueden tener un menor riesgo de preeclampsia que aquellas que no recibieron intervención o placebo 8,9% frente a 15,5%. Los niveles bajos de vitamina D pueden estar asociados con la vaginosis bacteriana, aunque no se identificaron pruebas que demostraran que la suplementación con vitamina D reduce el riesgo de tener vaginosis bacteriana. La incidencia de diabetes en los grupos de intervención fue estadísticamente menor que en el grupo control (11,4% vs 34,8; $P < 0,01$) mostrando que la prescripción de suplementos de vitamina D en el primer y segundo trimestre del embarazo fue eficaz en la reducción de diabetes mellitus gestacional y el control de prueba de tolerancia a la glucosa y prueba de detección de glucosa.

CONCLUSIONES

El suplemento de mujeres embarazadas con vitamina D en dosis única o continua aumenta el 25-hidroxivitamina D sérica a término y puede reducir el riesgo de preeclampsia, bajo peso al nacer y parto prematuro. La importancia clínica del aumento de las concentraciones séricas de 25-hidroxivitamina D aún no está clara. La evidencia sobre si la suplementación de vitamina D debe administrarse como parte de la atención prenatal de rutina podría mejorar los resultados maternos e infantiles aunque se requieren ensayos más rigurosos para confirmar estos efectos.

MATRONA GESTORA DE CASOS DE VIOLENCIA EN EL PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA COMARCA DEL ALT EMPORDÀ.

POSTER

Nº 36

AUTORES: *María Martínez Pascual, Eva Martínez Travé, Ramón Escuriet Peiró, Ericka Mendoza Dileo, Miguel Ángel Miranda Arce . Hospital de Figueres (Gerona)*

INTRODUCCION

Según la OMS la violencia machista es un problema de salud pública de primer orden en el que el ámbito de la salud desempeña un papel importante, tanto a nivel de prevención, como de detección y apoyo a las víctimas.

La violencia en el embarazo tiene mayor prevalencia que la diabetes, preeclampsia o defectos del tubo neural.

El embarazo es una situación en la que pueden aparecer cambios en la relación de pareja o acentuarse en casos en los que ya existían este tipo de comportamientos. Al no existir un perfil típico de mujer maltratada sumado a que las propias mujeres no se ven como víctimas y por tanto no reportan los maltratos hace que sea indispensable la formación de los profesionales del Assir para poder detectar los casos lo antes posible. Paralelamente, la falta de tiempo en las consultas y la falta de conocimiento de los recursos hace que la figura de la matrona gestora de casos de violencia sea indispensable para agilizar los trámites entre los diferentes agentes implicados: servicios sociales, protección infancia, cuerpos policiales, servicios jurídicos, psicólogos y demás personal sanitario que pueda interactuar en el seguimiento de la paciente.

OBJETIVO

Introducir acciones eficaces dentro del grupo de trabajo del ASSIR en los casos de sospecha o certeza de violencia de género, en especial en los casos de embarazo para después dar un servicio integral de asesoramiento y protección a la mujer en situación de riesgo por violencia machista.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión de protocolos nacionales y autonómicos. Creación de una figura referente en el programa de salud sexual y reproductiva de la comarca para casos de violencia.

RESULTADOS

Al centralizar los casos de violencia (sospecha o confirmados) en la figura de la matrona gestora de casos de violencia se evidenció la agilización de los trámites, activación de protocolos y el seguimiento de los mismos por parte de las personas que intervienen.

CONCLUSIONES

La atención a las mujeres en situación de violencia machista requiere un trabajo multidisciplinario coordinado con personas referentes en cada ámbito que gestionen los casos de violencia de manera ágil, tanto para acabar de hacer la valoración, el seguimiento del caso y contacto con el resto de personas coordinadoras de los otros ámbitos. En la figura de la matrona gestora en casos de violencia, asequible y accesible para cualquier profesional de la comarca ,se centralizan los casos detectados y será ella quien se encargará de la gestión con el resto de las entidades que trabajan en red para poder hacer una acción inmediata y un seguimiento de manera multidisciplinaria "on time ".

AUTORAS: *Esmeralda Agra Guerra, Esther Calleja Galindo, Alina Carnero Quintana, Emma García Rodríguez, María Sánchez Díez. Hospital Universitario " Río Hortega" (Valladolid)*

INTRODUCCIÓN

La medicalización del nacimiento está tan arraigada en nuestra cultura, que hemos olvidado la forma en que nacían nuestros antepasados. Actualmente no existe consenso ni evidencia científica suficiente sobre los posibles efectos, beneficios y/o daños para el recién nacido y la madre, que puedan atribuirse como consecuencia del pinzamiento precoz de cordón umbilical frente al pinzamiento tardío de cordón umbilical. Esta situación produce un vacío en el trabajo diario de matronas y obstetras, existiendo una gran variabilidad en la práctica clínica.

OBJETIVO

Revisar la evidencia acerca de los efectos beneficiosos y adversos asociados al pinzamiento tardío del cordón umbilical tras el parto.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos (Pubmed, Cuiden y la biblioteca Cochrane) y en el buscador Google Académico y se han seleccionado artículos en español e inglés de los últimos 15 años. También se han utilizado protocolos y guías de organizaciones nacionales e internacionales como la O.M.S. y la S.E.G.O. Las palabras clave fueron "pinzamiento", "cordón umbilical", "pinzamiento tardío", "recién nacido" "clamping", "umbilical cord", "delayed cord clamping" y "newborn".

RESULTADOS

El gran interés en el momento de la ligadura se debe a que tras el parto la placenta transfiere al recién nacido sangre oxigenada, en ese volumen de sangre hay una gran cantidad de hierro (con el pinzamiento a los 30 segundos, alrededor de 25 mg de hierro, al minuto, 40 mg de hierro y a partir del tercer minuto, 48 mg hierro) lo que supone mayores valores de hemoglobina, hematocrito y ferritina en los 2-4 primeros meses de vida, permitiendo un incremento de los depósitos de hierro en el RN disminuyendo la incidencia de anemia ferropénica en los primeros 4-6 meses de vida. Debido al mayor volumen sanguíneo circulante y a una circulación cerebrovascular más estable se relaciona también con mejor Apgar, presión sanguínea, función urinaria, oxigenación de tejido cerebral a las 24 horas de vida y éxito de la lactancia materna. Los beneficios en los recién nacidos pretérmino además son: menor necesidad de transfusión sanguínea como consecuencia de anemia ferropénica, de ventilación mecánica y de surfactante; menor riesgo de hemorragia intraventricular, de enterocolitis necrotizante y de sepsis de aparición tardía. Los efectos adversos del pinzamiento tardío son: mayor pico de bilirrubina en la primera semana postparto en recién nacidos pretérmino, ictericia, mayor necesidad de fototerapia tanto en prematuros como en neonatos a término, reducción de los valores del pH de la arteria umbilical y cambios hemodinámicos y respiratorios (pero sin evidencia que muestre que esos cambios elevan la morbilidad neonatal). El pinzamiento tardío de cordón umbilical no aumenta el riesgo de hemorragia materna postparto ni de necesidad de transfusión sanguínea. Tampoco se ven afectados los niveles de hemoglobina materna postparto o el alumbramiento manual. Diferentes organismos como la OMS, la SEGO, el Royal College of Obstetricians and Gynecologists o la guía NICE recomiendan el pinzamiento tardío de cordón umbilical para mejorar los resultados neonatales.

CONCLUSIONES

El pinzamiento tardío de cordón umbilical debe ser considerado parte de la asistencia neonatal básica, y puede ser practicado en los recién nacidos prematuros, beneficiándose de ello. Cuando es necesaria la

reanimación neonatal, ésta no debe verse obstaculizada por el pinzamiento tardío. Si no es necesario reanimar, medidas como el secado y calentamiento del neonato se pueden realizar antes del corte del cordón. Es posible que pinzar tardíamente el cordón reduzca la necesidad de reanimación de los neonatos. Los efectos adversos asociados al pinzamiento tardío no son graves, ya que el volumen sanguíneo neonatal aumentado por la transfusión sanguínea parece que es bien tolerado y compensado por el mismo. La actuación correcta a llevar sería individualizar en cada caso, siempre tendiendo hacia la actitud más fisiológica.

PREVENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA INFECCIÓN DE VIRUS ZIKA DESDE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA MATRONA.

POSTER

Nº 38

AUTORAS: Esther Calleja Galindo, Esmeralda Agra Guerra, Alina Carnero Quintana, Enma García Rodríguez, María Sánchez Díez. Hospital " Río Hortega" (Valladolid)

INTRODUCCIÓN

El virus Zika pertenece al género Flavivirus de la familia Flaviviridae. La infección de este virus produce la enfermedad de Zika, la cual hasta en un 75% de los infectados cursa de forma asintomática o con síntomas poco importantes. Actualmente no hay evidencia de que las embarazadas tengan un riesgo más elevado de infectarse con el virus Zika, o que éste se manifieste con mayor virulencia durante la gestación. Sin embargo, las gestantes constituyen el grupo de mayor riesgo, debido a la asociación de la enfermedad durante la gestación con la aparición de malformaciones neurológica, sobre todo microcefalia, en los recién nacidos hijos de madres infectadas por el virus durante el embarazo. La transmisión del virus de la madre al feto puede ocurrir en cualquier momento de la gestación, la morbilidad para el feto depende del trimestre en el que se produzca la transmisión. El virus es transmitido principalmente mediante la picadura del mosquito Aedes. En nuestro territorio el mayor riesgo de transmisión de Zika se da en la zona de la costa mediterránea, donde existen mosquitos capaces de actuar como transmisor. Además, aunque es mucho menos frecuente, también hay evidencia de transmisión sexual y vertical, y se ha detectado el virus en sangre, saliva, orina, semen y leche materna.

OBJETIVO

Facilitar información a toda mujer, gestante o no, sobre la prevención de la infección frente al virus Zika y el seguimiento de la gestación que se realiza en esta situación.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica de los artículos publicados en las bases de datos PudMed/Medline, Cochrane, Scielo, Uptodate, Cuiden y Google académico. Además de realizar una búsqueda en los protocolos y en los planes nacionales sobre virus Zika y gestación. Se limita la búsqueda a publicaciones con una antigüedad no superior a 5 años, escritos en español e inglés. La selección de los artículos se realiza utilizando y combinando los términos "virus Zika", "Infección", "embarazo", "microcefalia", "Zika virus", "infection", "pregnancy" y "microcephaly". Empleando los operadores booleanos "AND" y "OR".

RESULTADOS

Después de realizar una exhaustiva revisión bibliográfica se puede establecer una serie de recomendaciones frente al virus Zika e información sobre el seguimiento del embarazo en esta situación, que la matrona puede proporcionar a la mujer desde Atención Primaria. La matrona es el profesional más cercano durante el embarazo y en gran parte de la vida de la mujer, por lo que va a tener un contacto más estrecho con ella. Cabe destacar que la medida más eficaz frente al zika es la prevención de la infección. Se debe informar a toda mujer embarazada o con intención de una nueva gestación debe posponer sus viajes a países endémicos de virus Zika. En caso de no poder retrasarlo se le debe recomendar cumplir estrictamente las medidas para evitar picaduras de mosquitos.

Además, para prevenir la infección del virus del Zika mediante transmisión sexual todos los hombres y mujeres precedentes de áreas con transmisión local de virus Zika deben mantener relaciones sexuales con preservativo durante un mínimo de 6 meses del regreso. Por ello, las parejas o mujeres que planeen una nueva gestación deben esperar al menos 6 meses para descartar una posible infección por el virus. Asimismo, las parejas sexuales de mujeres embarazadas también deben protegerse mediante métodos barrera en todas las relaciones sexuales por lo menos durante toda la gestación.

Está indicado realizar el estudio diagnóstico de Zika a todas las gestantes con antecedentes de exposición al virus, independientemente de si han presentado síntomas o no. El diagnóstico de confirmación se basa

en el aislamiento del virus mediante técnicas de PCR en sangre u orina. Las muestras de sangre han de enviarse en tubo de tapón rojo sin aditivos y las muestras de orín en un bote de urocultivo. Las muestras han de llegar al laboratorio el mismo día de la recogida. El seguimiento gestacional ante una embarazada con la enfermedad se basa en controles ecográficos cada 2-4 semanas para el posible diagnóstico de anomalías fetales. En los casos de infección materna confirmada, a partir de las 16-20 semanas de gestación se realiza una neurosonografía, la periodicidad de ésta prueba dependerá de los hallazgos y de la edad gestacional en el momento de la infección. La resonancia magnética solo se realizará a partir de la semana de gestación 30-32 para completar el estudio del SNC. La amniocentesis solo está indicada en presencia de anomalías ecográficas. Es preferible no realizarla antes de las 20 SG ni hasta 5 semanas después de la infección materna. Debido a que la transmisión transplacentaria del virus no es aún bien conocida, se debe informar que una PCR-Zika negativa no excluye la infección fetal y se continúa con el mismo seguimiento del embarazo. En ausencia de otras complicaciones la vía del parto será la habitual.

CONCLUSIONES

Las embarazadas pueden ser infectadas por el virus al igual que cualquier otra persona, transcurriendo la enfermedad de forma asintomática u ocasionar síntomas inespecíficos. Sin embargo, la importancia de adquirir la infección durante la gestación radica en las posibles alteraciones del SNC que puede desarrollar el feto, como es la microcefalia. Por ello, las gestantes son el principal grupo al que deben ir dirigidas las recomendaciones y acciones de promoción y prevención de la infección del virus. Para ello, desde la consulta de atención primaria de la matrona se puede proporcionar la información oportuna para la prevención de la infección de virus Zika a toda mujer, embarazada o no, que pueda estar en contacto con el virus y explicar a la paciente de como es el seguimiento del embarazo en esta situación.

AUTORAS: Estefanía Moreno Román, Diana Lobo Revilla, Paula Sáenz Cabredo, Alba Diez Ibarbia. Hospital " San Pedro, Logroño (La Rioja)

OBJETIVO

Conocer con profundidad y actualidad lo relativo a la anticoncepción hormonal oral combinada de pauta prolongada.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica descriptiva sobre la anticoncepción hormonal oral combinada (AHC) de pauta prolongada.

Se ha llevado a cabo una revisión a través de una búsqueda en bases de datos en inglés, como: Pubmed y Cochrane. Con las palabras clave *contraception, combined oral contraceptives, extended regimen oral contraceptive, extended cycle control contraceptive, low dose extended cycle pills*. Así como en las bases de datos y bibliotecas en castellano, como Bireme; con las palabras clave: anticoncepción hormonal, anticoncepción hormonal oral combinada, pauta prolongada de anticoncepción, Seasonale, Seasonique. Además de búsqueda bibliográfica en las páginas web de organismos, sociedades y organizaciones, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), Agencia Europea del Medicamento (EMA), etc. Incluidos artículos y opiniones de expertos de distintas revistas y periódicos.

RESULTADOS

Los resultados de la encuesta sobre anticoncepción realizada por la Sociedad Española de Contracepción (SEC) en el año 2014, indican que la píldora (16,2% de usuarias) es el segundo método anticonceptivo más usado tras el preservativo.

Los AHC de ciclo extendido o prolongado tienen como objetivo disminuir el número de intervalos libres de hormonas por año, con pautas prolongadas (84 días y 7 de intervalo libre de hormonas) o continuadas (365 píldoras activas, sin intervalo libre de hormonas).

Está demostrado que los AHC de ciclo extendido mejoran la sintomatología en comparación con la pauta cíclica de 21/7: mejor alivio del dolor y de cefaleas, mejor productividad laboral y actividades socio-familiares. También está demostrado que provocan más sangrados o manchados no programados (*spotting*), pero estos disminuyen con el tiempo de tratamiento. Por lo que los AHC de ciclo extendido serían útiles en mujeres que desean tener menos reglas (un 55% de las españolas), en periodo de perimenopausia, con endometriosis, menorragia, migraña menstrual, trastorno premenstrual, para mejorar la anemia, el rendimiento y la calidad de vida.

En España se ha iniciado la comercialización de este tipo de AHC de pauta prolongada en el año 2016; en EEUU, se comercializó en 2007 y en 2014 ha sido aprobado en Europa.

La única diferencia con el anticonceptivo hormonal combinado convencional es su administración. Seasonale es la primera formulación comercializada, contiene 30mcg de etinilestradiol (EE) y 150 mcg de levonogestrel (LNG), tomadas durante 84 días y, a continuación, 7 días de tratamiento con una píldora inactiva (Índice de Pearl de 1.98). Posteriormente se comercializó Seasonique (Índice de Pearl de 0.76), que contiene 30mcg de EE y 150mcg de LNG, tomadas durante 84 días y, a continuación, 7 días de tratamiento con 10mcg EE en lugar de placebo. También se comercializa Lybrel (Índice de Pearl de 1.26), que contiene 90mcg LNG y 20mcg de EE, tomados de forma continua, los 365 días. Todos ellos contienen la dosis de estrógeno considerara más segura en cuanto al riesgo de trombosis venosa en usuarias de anticonceptivos orales (30mcg de estrógeno).

Estudios realizados revelan que presentan una eficacia, cumplimiento y continuidad similar a la pauta cíclica convencional; además, se ha observado que la ausencia de privación hormonal periódica no aumenta el riesgo de hiperplasia endometrial. El regreso a la fertilidad, el riesgo trombotico y el riesgo de evento cardiovascular es igual que en los anticonceptivos convencionales de pauta cíclica.

La literatura científica describe que la eliminación del intervalo sin hormonas mejora la inhibición de la actividad ovárica, por lo que se espera que controlen mejor la ovulación, lo que a su vez mejoraría la eficacia anticonceptiva, en comparación con el régimen estándar de 21/7 días con levonogestrel/etinilestradiol.

CONCLUSIONES: Es importante, dada la existencia de amplitud de métodos de planificación familiar, tener acceso a diferentes opciones de anticoncepción, útiles para este efecto y otros, como los anteriormente señalados.

En los últimos años está aumentando el interés por los tratamientos de ciclo “definido por la propia mujer”, de manera que pueden convertirse en una alternativa con una alta incidencia de uso en la población. Por sus efectos, además, se podría pensar en un beneficio no solo sintomático, sino también puede suponer un ahorro económico para la mujer, por la disminución del uso de compresas, etc.

Los profesionales, entre ellos las matronas, debemos dar información, aclarar dudas, escuchar y comprender las preocupaciones y preferencias de la población, proporcionando la información adecuada sobre las diferentes opciones disponibles de anticoncepción, sus riesgos, beneficios, efectos secundarios y contraindicaciones.

Y para concluir, señalaría que serían necesarios posteriores estudios en los que se analice la satisfacción de las participantes y los efectos a largo plazo de la administración continua.

EFICACIA ANALGÉSICA DE LA LACTANCIA MATERNA EN PROCEDIMIENTOS DOLOROSOS FRENTE A OTROS MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS Y ANESTÉSICOS TÓPICOS EN NIÑOS LACTANTES.

POSTER

Nº 40

AUTORAS: Lur Zubiaga Arana, Saioa Galdós Masip, Gala Arnal Ribera, Amaia Intxausti Martínez. Hospital Universitario de Donostia (Guipúzcoa)

OBJETIVO:

Comparar los beneficios de la lactancia materna frente a otros métodos analgésicos como la posición, sacarosa, chupete, anestésico local, etc. en los niños lactantes cuando son sometidos a técnicas invasivas menores.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realizó una búsqueda bibliográfica siguiendo la metodología 6S, se realizó en Uptodate, Dynamed, Clinical Evidence, Cochrane Library, Tripdatabase y Pubmed, con los términos de búsqueda “breastfeeding AND pain”; “breastfeeding AND venopuncture”; “breastfeeding AND painfull procedures”; “breastfeeding AND heel lance”, breastfeeding AND procedural pain.

Se clasificaron los resultados de la búsqueda según su calidad metodológica y relevancia filtrando por revisiones sistemáticas, ECAs y finalmente estudios quasi-experimentales.

La búsqueda en bases de datos síntesis arrojó 1 resultado en Uptodate, en referencia a una revisión sistemática de la Cochrane, 0 resultados en Dynamed y 0 resultados en Clinicalevidence

La búsqueda con Cochrane Library arrojó 1 resultado de una revisión sistemática del 2012 centrada en recién nacidos y otra revisión sistemática del 2016 en lactantes menores de 1 año.

La búsqueda en Tripdatabase, Medline y en registro de ECAs se realizó para detectar estudios realizados desde el 2012 hasta la actualidad para recién nacidos y del 2016 a la actualidad en lactantes de menos de 1 año, con el fin de detectar estudios no incluidos en las revisiones sistemáticas. No se hallaron estudios relevantes en este periodo.

RESULTADOS:

La lactancia materna en el neonato tiene mayor eficacia analgésica que las técnicas de posicionamiento, soluciones con sacarosa y chupete en la venopunción y en la prueba del talón. Reduce más el tiempo de llanto frente a cualquier control (6 segundos frente a sacarosa y hasta de 63 segundos frente a técnicas de posicionamiento) y la puntuación en escalas validadas de dolor (PIPP score y NFCS).

La lactancia materna en el lactante entre 28 días y 1 año nacido tiene mayor eficacia analgésica que el acunamiento-mimos, dextrosa, sprays fríos, anestésicos tópicos y masajes, en la vacunación. Reduce el tiempo de llanto frente a cualquier control (disminución media de 38 segundos) y en el dolor medido por el compuesto de las diferentes escalas utilizadas (reducción media -1.73 (IC -2.2 a -1.25)).

CONCLUSIONES:

A pesar de algunas limitaciones metodológicas de los estudios incluidos (alta heterogeneidad de los controles empleados en los ensayos en neonatos y limitada participación de niños lactantes de > 6 meses), se puede considerar que la evidencia existente es suficientemente robusta para recomendar el uso de esta técnica como método analgésico de primera elección en los recién nacidos y en los lactantes sometidos a procedimientos dolorosos menores.

BENEFICIOS DEL CONSUMO DE CANELA EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS DE EMBARAZO PARA DISMINUIR LA INCIDENCIA DE INDUCCIONES DE PARTO.

POSTER

Nº 41

AUTORES: Rocío Palomo Gómez, , Patricia, Gilart Cantizano, Lorena Corcuera Ortiz De Guzmán, Luciano Rodríguez Díaz, Juana María Vázquez Lara. Hospital Universitario (Ceuta)

INTRODUCCIÓN

La canela es un estimulante uterino, su empleo está relativamente desaconsejado en las primeras etapas de la gestación. Sin embargo, en los días cercanos al parto, su infusión se recomienda de manera empírica para evitar los embarazos prolongados y tener que inducir el parto con medicación. La canela tiene otras propiedades como aliviar los cólicos menstruales, al ser relajante, reduce la ansiedad y el estrés, y ayuda a combatir la depresión que aparece en el síndrome premenstrual. En este estudio con centraremos en la realización de un proyecto de investigación sobre el impacto del uso de canela en las últimas semanas de embarazo y la estimulación del parto.

OBJETIVO

Evaluar la efectividad de la administración de 2-4g/día de canela en el inicio del parto espontáneo y en la duración de éste, en comparación con la administración de placebo.

MATERIAL Y METODO

Estudio experimental, multicéntrico, paralelo, prospectivo y doble ciego, con asignación aleatoria al grupo control y experimental.

RESULTADOS

La muestra del estudio estará formada por 140 gestantes nulíparas que se encuentren en el tercer trimestre del embarazo, antes de la semana 37 de gestación; serán asignadas aleatoriamente 70 al grupo control y 70 al experimental.

Las gestantes del grupo experimental tomarán 4 infusiones diarias (2-4g/día) de canela y manzanilla y las del grupo control tomarán infusiones sólo de manzanilla, siguiendo la misma pauta (placebo).

La matrona captará a las mujeres que han acudido a las sesiones de educación maternal de nuestro Hospital. La recogida de datos se realizará en la sala de partos. Las gestantes rellenarán el diario de cumplimiento y lo entregarán el día del parto.

Se estudiará si hay diferencias en el inicio del parto y en la duración de éste entre el grupo control y el experimental, se utilizará el programa estadístico EPIDAT 4.0.

CONCLUSIONES

Si las hipótesis planteadas en este estudio se confirmaran, podría suponer el beneficio de que las mujeres embarazadas pudiesen evitar los embarazos cronológicamente prolongados y disminuir así las inducciones de parto con fármacos y la cascada de intervenciones que esto supone (cesáreas por fallo de inducción, uso de fármacos, estancia en el Hospital, profesionales...). Por otro lado, la confirmación de la segunda hipótesis, la disminución en la duración del parto, se traduciría en una reducción de la morbilidad materna y fetal.

La administración de canela representaría un coste muy bajo para el sistema sanitario, además de ser inocuo para la madre gestante y para el bebé. La implementación de este estudio no requiere pruebas diagnósticas o complementarias añadidas, ni un mayor control de la gestación.

PROTOCOLO DE AMNIOINFUSIÓN INTRAPARTO ¿ES UNA INTERVENCIÓN EFECTIVA?

POSTER

Nº 42

AUTORAS: Irene García Giner, Laura Ruíz Lozano. Hospital "Costa del Sol" (Málaga)

INTRODUCCIÓN

La amnioinfusión consiste en la instilación de una solución fisiológica estéril en el interior de la cavidad amniótica para aumentar el volumen de líquido con la finalidad de prevenir o disminuir la compresión del cordón umbilical o diluir sustancias potencialmente patógenas. Su indicación puede ser: terapéutica, en el caso de deceleraciones variables repetidas, o profiláctica, en el caso de oligoamnios y/o líquido amniótico con meconio espeso.

Antes de comenzar la amnioinfusión es necesario informar a la gestante y obtener su consentimiento por escrito, así como realizar una exploración vaginal para comprobar la ausencia de prolapso de cordón umbilical y la posibilidad de introducir el catéter para la amnioinfusión. Las únicas contraindicaciones absolutas para la técnica son la patología placentaria, infección del canal del parto y/o riesgo de pérdida de bienestar fetal.

El material necesario será: un catéter, con capacidad de infusión de líquido y de medir presión intrauterina. La última versión de dicho catéter necesita una calibración inicial automática, pero no requiere más calibraciones una vez instaurada la infusión y no influye en la medición la altura del transductor respecto a la gestante. Además, es necesario un fluido. El más frecuente es el suero salino al 0,9%, aunque también puede utilizarse el Ringer Lactato. Se puede administrar a temperatura ambiente. Sólo se calentará en el caso de los prematuros a 37°C.

Procedimiento: se introduce el catéter transcervicalmente, hasta sobrepasar la presentación fetal y se conecta a la bolsa de suero a través de un sistema de perfusión intravenoso. Se puede realizar de dos maneras diferentes:

- Drenaje por gravedad: bolsa de 1000 cc a un metro sobre el extremo distal del catéter. El fluido pasaría a una velocidad aproximada de 20 ml/min.
- Drenaje con bomba de infusión:
 - Profilácticas: 10 ml/min la primera hora y posteriormente 3ml/min.
 - Terapéutica: 10-15 ml/min (500ml/h) hasta la desaparición total de las deceleraciones y posteriormente 3ml/min (180 ml/h) de forma continua.

Las complicaciones son muy raras (polihidramnios iatrogénico, prolapso de cordón, corioamnionitis).

OBJETIVO

General:

- Dar a conocer el procedimiento de la amnioinfusión.

Específicos:

- Conocer la evidencia disponible sobre su efectividad durante el parto.
- Comparar la amnioinfusión terapéutica versus la amnioinfusión profiláctica.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una revisión sistemática de las publicaciones científicas que abordan la amnioinfusión intraparto. Se han consultado las siguientes bases de datos: PubMed, Index-Cuiden, UpToDate, La Biblioteca Cochrane Plus. Se utilizaron descriptores en inglés y en español: "labor", "amnioinfusion", "amnioinfusión", "amnioinfusion intrapartum". Se ha limitado la búsqueda a artículos en inglés y en español. Así como un límite temporal de 10 años. Se encontraron 29 artículos y se seleccionaron 7.

RESULTADOS

No hay pruebas suficientes de que la amnioinfusión reduzca la morbilidad neonatal asociada al meconio, por lo tanto, no sugieren la amnioinfusión en mujeres con líquido amniótico meconial a menos que coincida con deceleraciones variables de la frecuencia cardíaca fetal. Lo mismo ocurre en el caso de su utilización profiláctica por oligoamnios. Existe suficiente evidencia para poder utilizar la amnioinfusión de forma terapéutica ante la presencia de deceleraciones variables repetitivas. Su utilización de rutina no reduce la tasa de parto por cesárea. Sin embargo, los estudios avalan la amnioinfusión como una intervención que disminuye el número de cesáreas por trastornos de la frecuencia cardíaca fetal cuando se utiliza de forma terapéutica, disminuyendo también la acidemia neonatal.

CONCLUSIONES

La amnioinfusión transcervical intraparto es un procedimiento seguro, fácil y sencillo. Además, esta intervención puede ser un procedimiento efectivo para mejorar la morbimortalidad fetal. Por todo ello, la matrona como profesional que atiende el parto debe conocer bien el procedimiento para llevar a cabo la amnioinfusión, así como sus riesgos y complicaciones para poder detectarlos a tiempo y ofrecer una atención de calidad a las gestantes. Es fundamental el papel de la matrona a la hora de vigilar la monitorización fetal, monitorizar la cantidad de líquido infundido y su temperatura, así como sus características. Asegurar que el líquido sigue saliendo y la presión intrauterina es adecuada. Promover el confort de la mujer y responder todas las dudas que las gestantes puedan tener.

AUTORAS: Judith Hernández Alonso , Beatriz Díaz Maíllo, Teresa Abad González. Hospital " La Paz" (Madrid)

OBJETIVO

Describir las posibilidades de Amamantamiento en mujeres tras cáncer de mama.

- Informar y asesorar de la posibilidad del amamantamiento, y de las técnicas existentes.
- Difundir esta información

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica sobre el tema que acontece.

Método: Analítico descriptivo, retrospectivo de los últimos 8 años. Para ello emplearé las Bases de Datos bibliográficas: Scielo, Cuiden, PubMed, Medline, Cochrane, Science direct.

Palabras clave: cáncer de mama, neoplasia mamaria, gestación, lactancia materna, mastectomía.

RESULTADOS

tras finalizar el tratamiento para el cáncer de mama la lactancia es posible.

En la bibliografía consultada no hay ningún estudio en contra de la lactancia materna tras un cáncer de mama.

Se puede amamantar, tanto con el pecho sano como con el pecho afecto. Si se ha realizado mastectomía parcial o el pecho ha sido irradiado produce menos cantidad de leche, pero es nutricionalmente adecuada.

CONCLUSIONES

La importancia del conocimiento y estudio del tema, deriva del aumento de la confluencia de gestación tras cáncer de mama, y de la problemática que engloba todo el proceso de "Maternidad tras Cáncer de mama", y las posibilidades de amamantamiento.

Tras un cáncer de mama, cuando ya no exista tumor residual se puede amamantar, tanto con el pecho sano como con el pecho que ha sufrido la enfermedad si ha habido tratamiento conservador, aunque según la cirugía o la radioterapia empleada, este último puede producir menos leche, siendo siempre posible una lactancia exitosa, tanto con uno como con ambos pechos.

Debido a los indiscutibles beneficios de la lactancia materna, es importante proporcionar una información adecuada, e individualizada para desmitificar la imposibilidad de lactar tras un cáncer de mama.

El amamantamiento se puede encontrar más dificultado al ser con frecuencia de un sólo pecho y haber mucha carga emocional y física y frustración si no se consigue lactancia materna exclusiva. Por ello, es papel fundamental de la matrona el apoyo, seguimiento y asesoramiento en todo el proceso.

AUTORAS: María Emilia Carrera García, Mireia Barnes Romero. UGC Ejido Norte (Almería)

OBJETIVOS

- Actualizar los conocimientos acerca del manejo de la malaria gestacional.
- Optimizar el abordaje de la malaria gestacional

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos PudMed, Biblioteca Cochrane, Cuiden Plus, Dialnet y Uptodate y en las distintas listas de referencias bibliográficas de todos los estudios encontrados. Las palabras clave utilizadas en la búsqueda fueron: “malaria”, “gestación”, “malaria gestacional” y “tratamiento”. De los estudios encontrados se seleccionaron aquellos publicados después del 2005, ya fuesen artículos originales o revisiones de la literatura.

RESULTADOS

La malaria gestacional es una enfermedad producida por la infección de parásitos intracelulares del género *Plasmodium*, presentes en sangre periférica materna o en la placenta. La malaria durante el embarazo condiciona un elevado riesgo de complicaciones durante el 2º y 3º trimestre de la gestación, con una mortalidad materna del 40%. Las principales complicaciones son la anemia, la hipoglucemia, la malaria cerebral, la malaria placentaria y la hipertensión y proteinuria entre otras. Además la malaria gestacional está asociada a complicaciones fetales como bajo peso al nacer (BPEG), prematuridad, crecimiento intrauterino retardado, abortos, muerte prenatal y malaria congénita.

El diagnóstico de la malaria gestacional requiere de una anamnesis, un examen de sangre con microscopia de luz, métodos de detección basado en PCR que detecta el ADN del parásito y un estudio histopatológico de la placenta, hay que tener en cuenta que en la malaria gestacional se pueden presentar casos de parasitemia sin infección placentaria y casos de malaria placentaria sin parasitemia.

La prevención de la malaria implica la quimioprofilaxis y evitar las picaduras de mosquitos. En cuanto al tratamiento, hay que tener en cuenta que los antimaláricos considerados seguros en el embarazo son quinina, cloroquina, proguanil, pirimetamina y sulfadoxina-pirimetamina, el tratamiento dependerá de la gravedad de la clínica, y la resistencia a medicamentos. El episodio de malaria en las embarazadas debe ser seguido con controles clínicos y parasitológicos.

Las pacientes con malaria sintomática durante la gestación pueden presentar alteraciones en la FCF, como taquicardia, disminución de la variabilidad o desaceleraciones. Generalmente no está indicada la finalización inmediata del embarazo, y se debería intentar la estabilización del estado materno e iniciar el tratamiento específico ya que las alteraciones de la FCF se resuelven a menudo cuando se logra el control de la fiebre, la hipoglucemia y se inicia el tratamiento antimalárico.

Como conducta obstétrica a seguir en caso de malaria gestacional se recomienda:

- Ecografías periódicas para valorar el crecimiento fetal, y ecografía-Doppler para detectar precozmente una insuficiencia en la circulación uteroplacentaria.
- Monitorización fetal no estresante periódica para comprobar el bienestar fetal.
- Control de la amenaza de parto prematuro, si se desencadena éste, con tratamiento tocolítico. Valorar la necesidad de maduración pulmonar fetal con corticoides en gestaciones menores de 34 semanas. Sin embargo, las pacientes con malaria cerebral no deberían recibir corticoides, debido al efecto inmunodepresor de éstos y su asociación con un aumento del riesgo de infecciones.
- En gestaciones viables, ante la presencia de algún signo que indique RPBF, se debe finalizar la gestación.
- Prioridad: eliminar el parásito de la sangre antes del parto si fuese posible para prevenir complicaciones.

En toda madre en trabajo de parto que presente infección por malaria, inmediatamente producida

- la expulsión fetal, se debe tomar una gota gruesa al niño y una muestra de sangre del cordón umbilical para verificar la transmisión madre-niño.
- Prevenir y tratar las posibles complicaciones de la malaria.

CONCLUSIONES:

La malaria gestacional es una patología que puede tener graves repercusiones tanto maternas como fetales. El diagnóstico precoz y el tratamiento pueden mejorar los resultados adversos asociados.

SEXUALIDAD FEMENINA EN EL CLIMATERIO ¿ ES IGUAL QUE EN EDAD FÉRTIL?.

POSTER

Nº 45

AUTORAS: Encarnación Hernández Torres, Irene Caverro Morales, Blanca López Talasac. Hospital " 12 de Octubre" (Madrid)

INTRODUCCIÓN

Históricamente la sexualidad ha tenido como fin único la reproducción, siendo reducida a los genitales y negando socialmente la posibilidad de ejercerla, especialmente tras la edad fértil. A pesar de ser una dimensión humana importante en el desarrollo evolutivo donde el potencial y el disfrute sexual se mantienen a lo largo de la vida e influyen positivamente en la salud.

OBJETIVO

Conocer los cambios en la respuesta sexual femenina después del climaterio.

MATERIAL Y MÉTODO

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica desde noviembre de 2016 a enero de 2017 utilizando los descriptores *sexualidad (sexuality)*, *envejecimiento (aging)* y *salud de la mujer (women's health)*. Las bases de datos consultadas fueron *Cochrane*, *Up to date* y *Pubmed*, se limitó a estudios de los últimos diez años.

RESULTADOS

Una menor cantidad de contactos sexuales, los mismos deseos y mayor calidad en la relación de pareja, conforman las características de la sexualidad tras el climaterio. Se mantiene la misma capacidad sexual permitiendo una respuesta sexual plena, la cual mantiene el mismo patrón. El pico máximo de libido se encuentra entre los 30-40 años sufriendo una disminución tras la menopausia por una disminución de los andrógenos ováricos. Los estrógenos tienen efecto significativo en los cambios fisiológicos genitales y de otras estructuras corporales, los cuales deberían tener mínima repercusión en la esfera sexual.

CONCLUSIONES

La sexualidad humana es un fenómeno sociocultural que está influido por la calidad de las relaciones interpersonales, el contexto e integración de experiencias vividas. Los cambios en la sexualidad después del climaterio no modifican la capacidad sexual por lo que no debería tener repercusión. La matrona constituye el profesional mejor preparado para asesorar y acompañar a la mujer en esta etapa y favorecer una sexualidad plena.

EVOLUCIÓN DE LA DONACIÓN DE CORDÓN EN ANDALUCÍA. LA MATRONA COMO PIEZA CLAVE.

POSTER

Nº 46

AUTORES: *Trinidad Ramos Rodríguez, Ana M^a López Molina, Ángela Torres Díaz, Javier Oliva García, María Vázquez Díaz, M^a Pilar Gómez Maldonado. Hospital Materno-Infantil (Málaga)*

INTRODUCCIÓN

La donación altruista de sangre de cordón umbilical viene realizándose en nuestra Comunidad Autónoma desde 1996, siendo el Materno-Infantil de Málaga, el hospital de referencia desde que comenzaron las extracciones. El principal destino útil de la sangre de cordón umbilical es el trasplante en pacientes con enfermedades de la médula ósea, como son las **leucemias agudas o crónicas**, aplasia (cese de la regeneración medular) y algunas **enfermedades metabólicas y genéticas**, como las **inmunodeficiencias primarias**. **La matrona ha constituido un profesional clave en la promoción y obtención de la muestra desde que se empezó en Andalucía este programa.**

OBJETIVO

Conocer la evolución de Donaciones del **Banco de Sangre de Cordón umbilical de Andalucía**, que se encuentra integrado en el Centro Regional de Transfusiones Sanguíneas entre los años 2012 al 2016.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio descriptivo

El estudio se llevó a cabo en el Banco de Cordón de Málaga que recibe las donaciones de 26 maternidades públicas y 13 privadas de Andalucía. Se analizaron todos los datos de muestras recibidas entre los años 2012 a 2016 ambos inclusive.

Para el análisis de los datos se realizaron tablas de distribución de frecuencia del número de muestras recibidas y de la trazabilidad de las mismas y se compararon entre sí.

RESULTADOS

ANDALUCIA	DONACIONES	PARTOS TOTALES
AÑO 2012	5540	86375
AÑO 2013	4469	81470
AÑO 2014	4217	82195
AÑO 2015	3864	80633
AÑO 2016 (1º semestre)	3377	37795

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

A lo largo de los cinco años analizados, observamos una disminución del número de donaciones realizadas, así como de una menor trazabilidad de las mismas.

Para la captación de Donaciones de Cordón es necesario fomentar y promocionar la donación entre los profesionales encargados del control del embarazo en Atención Primaria, además de motivar a los que realicen la recogida de las muestras en Atención Especializada. El profesional encargado, de la donación deberá realizar un correcto procesamiento, registro, identificación y conservación para garantizar la Trazabilidad de la muestra. Las matronas somos piezas claves tanto en la promoción de la donación de sangre de cordón, así como de la recogida de las muestras en nuestra atención al parto.

EL PAPEL DE LA MATRONA EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO.

POSTER

Nº 47

AUTORAS: Diana Lobo-Revilla , Paula Sáenz-Cabredo, Alba Díez-Ibarbia, Estefanía Moreno-Román. Hospital " San Pedro" , Logroño (La Rioja)

OBJETIVO

Describir las actividades realizadas por la matrona para prevenir y tratar la incontinencia urinaria de esfuerzo.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión sistemática realizando una búsqueda bibliográfica en las bases de datos MedlinePlus, PubMed y Cochrane Library, y en guías de salud de diferentes sociedades científicas; utilizando las siguientes palabras clave: matrona, incontinencia urinaria, embarazo y puerperio.

RESULTADOS

Durante el embarazo se debe educar a la gestante tanto sobre cuál es mecanismo de parto, así como de las medidas que puede llevar a cabo durante el embarazo para reducir al mínimo el riesgo de lesiones perineales. En este periodo podemos instruir por un lado en la realización de masaje perineal, cuya finalidad es aumentar la flexibilidad y disminuir la resistencia de los músculos del suelo pélvico para disminuir el riesgo de episiotomía y desgarros durante el periodo expulsivo del parto, y por tanto, que el suelo pélvico sufra el mínimo daño posible. Por otro lado, hay que fomentar la realización de ejercicios de Kegel para fortalecer la musculatura perineal y disminuir la congestión que tiene lugar en la zona a medida que progresa el embarazo.

Durante el parto se deben de tener en cuenta tanto las posturas como el tipo de pujo realizado. Existen posturas que se relacionan con menores tasas de lesiones perineales como son las posturas verticales y en decúbito lateral, por lo que siempre que sea posible se debe fomentar su realización durante el periodo expulsivo con el fin de reducir el riesgo de lesión. Con respecto a los pujos, el más comúnmente realizado es en inspiración forzada, el cual produce un descenso del diafragma, un aumento de la presión intraabdominal y un descenso de los músculos del suelo pélvico, lo que favorece su desgarro. El pujo en espiración prolongada o en apnea espiratoria favorece el ascenso del periné disminuyendo su tensión, reduciéndose el riesgo de lesiones perineales.

Durante el periodo expulsivo, tanto el masaje perineal, como las maniobras de protección perineal (hands on) y el uso de termoterapia, se asocian con menores tasas de lesiones perineales, por lo que su realización puede ser beneficiosa para la prevención de incontinencia urinaria a largo plazo.

En el postparto, la involución de los tejidos a la normalidad tiene lugar durante las primeras 8 semanas tras el parto. Debido a esto, no se recomienda la realización de la valoración del suelo pélvico ni de la recomendación de ejercicios durante este periodo. Pasado este tiempo, tanto para prevenir como para tratar la incontinencia urinaria de esfuerzo debemos instruir en la realización de ejercicios para fortalecer el suelo pélvico. Los ejercicios que han resultado más efectivos para la incontinencia urinaria de esfuerzo son los ejercicios de Kegel y los hipopresivos. Los primeros se han relacionado con un éxito de hasta el 75% en el tratamiento de incontinencia urinaria, debiendo ser considerados como primera línea de tratamiento. No obstante, no sólo es suficiente con dar instrucciones verbales, se requiere entrenamiento individualizado. Entre los diversos beneficios de los ejercicios hipopresivos, se encuentra la mejora del tono de los músculos del suelo pélvico de hasta en un 60%.

CONCLUSIONES

Entre las funciones de la matrona como profesional dedicada a la atención de la mujer, se encuentra el abordaje de las disfunciones del suelo pélvico. El parto y el embarazo son los factores de riesgo más

influyentes en la aparición de incontinencia urinaria de esfuerzo, por lo que la matrona dado su papel en el seguimiento del embarazo y asistencia al parto, es el profesional idóneo para prevenir y tratar este problema.

AUTORAS: Marina López Martínez, María del Mar Rodríguez Tobal, Jessica Amy Scalone.
Hospital General de l'Hospitalet (Barcelona)

OBJETIVO

revisar la evidencia científica publicada sobre la efectividad de la Gimnasia Abdominal Hipopresiva (GAH) en el fortalecimiento de la musculatura perineal y analizar si esta terapia puede obtener mejores resultados que el entrenamiento muscular específico del suelo pélvico (EMSP).

MATERIAL Y MÉTODO

revisión sistemática de artículos científicos consultando en las bases de datos Pubmed y Cochrane, en los idiomas español e inglés, acotando fechas de publicación de los últimos 10 años. Se incluyó literatura gris mediante búsqueda manual. Se seleccionaron dos ensayos clínicos aleatorios y un estudio observacional, que analizaban el efecto de la GAH en combinación con el entrenamiento específico de la musculatura del suelo pélvico frente al trabajo aislado de éste en mujeres con o sin disfunciones del mismo. No se encontró ningún ensayo clínico que realizara ambas técnicas por separado y comparase sus resultados.

RESULTADOS

Los resultados de los ensayos clínicos mostraron que ambas intervenciones fueron efectivas en el fortalecimiento del periné en mujeres con disfunción del suelo pélvico, con una ligera superioridad del entrenamiento específico frente a la GAH, especialmente en la variable "resistencia muscular". El estudio observacional mostró que la GAH es la técnica que produce menor activación de la musculatura perineal en mujeres sanas, comparándolo con el entrenamiento aislado y con la combinación de ambas terapias.

CONCLUSIONES

La evidencia científica disponible hasta la fecha no avala la superioridad de la GAH en el fortalecimiento y activación de la musculatura del suelo pélvico frente al entrenamiento clásico de la misma, o frente a la combinación de ambos. Sería conveniente la realización de ensayos clínicos de calidad que comparen ambas técnicas por separado en mujeres con disfunciones del suelo pélvico, con el fin de analizar la efectividad de la GAH de manera independiente en la reeducación y fortalecimiento de la musculatura perineal.

¿INFLUYE LA EDAD MATERNA EN EL RECIÉN NACIDO Y EN EL TIPO DE PARTO?

POSTER

Nº 49

AUTORAS: Patricia Vico Arias, Elena Ruiz Garrido, Ana Isabel Medina Molina . Hospital " Santa Ana" , Motril (Granada)

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, se ha observado un incremento del número de gestantes de edad avanzada, por lo que, es habitual encontrar en paritorio y en la consulta de matrona, mujeres comprendidas en un rango de edad muy amplio. Frecuentemente, encontramos complicaciones tales como, hipertensión inducida por el embarazo, diabetes gestacional, crecimiento intrauterino retardado o complicaciones diversas durante el propio parto, detectando que muchos de estos problemas se observan en mayor medida en mujeres de edad más avanzada o en adolescentes. Con este trabajo, pretendemos comprobar, a través de una revisión bibliográfica, si es cierta la asociación de complicaciones durante la gestación y el parto y la edad de la gestante.

OBJETIVO

Identificar asociación entre la edad materna y complicaciones durante el embarazo, parto y en el recién nacido.

MATERIAL Y MÉTODOS

El trabajo consiste en una revisión de la bibliografía publicada en las bases de datos PubMed, Scielo, Cochrane y Medline Plus entre 2007-2017, seleccionando artículos en inglés y español. Se utilizaron como descriptores principales: edad materna avanzada, adolescencia, cesárea, riesgos, parto, complicaciones en embarazo, riesgo perinatal y recién nacido combinados con los operadores booleanos: AND, OR y NOT.

RESULTADOS

Tras un análisis crítico se seleccionaron 10 referencias bibliográficas, entre las que se encuentran 6 estudios clínicos experimentales y 4 revisiones bibliográficas. A través de su estudio, se ha podido concluir que los límites de edad materna, menores de 20 años y mayores de 35 años, suponen una serie de riesgos y complicaciones, tanto, en el proceso del embarazo, como en el parto y posibles secuelas en el recién nacido. La madre adolescente (< 20 años), tiene mayor riesgo de parto pretérmino (< 37 SG), ITU, anemia, hipertensión arterial, infecciones de transmisión sexual y menor control del embarazo si se compara con gestantes de entre 20-35 años. En el grupo de embarazadas mayores de 35 años, se han detectado complicaciones como, diabetes gestacional y trastornos hipertensivos durante el embarazo, partos pretérmino, bajo peso al nacer, hemorragias del tercer trimestre, mayor estancia hospitalaria, muerte fetal y trastornos congénitos que en las mujeres jóvenes. Además, tienen mayor tasa de cesáreas, trabajo de parto prolongado y disfuncional y hemorragias durante el parto. Ahora bien, la tasa de cesáreas general es la que se ve aumentada con la edad, pues la cesárea intraparto, que se realiza principalmente por las indicaciones obstétricas, no fue mayor en el grupo de edad materna más avanzada. Es decir, el manejo de las complicaciones maternas ayudaría a reducir la tasa de cesáreas y el consumo médico innecesario asociado.

CONCLUSIONES

En el trabajo presente se han identificado diversos riesgos y complicaciones que presenta el embarazo en edades tempranas y tardías, por ello, se cree conveniente una adecuada planificación familiar para informar a la población. Es de gran importancia, que los profesionales sanitarios reconozcan grupos de riesgo y se impliquen en la información y manejo de los mismos, con el fin de evitar riesgos mayores y llevar a cabo una actuación precoz.

AUTORAS: *Lucía Moya Ruiz, Rocío Rivas Martín. Hospital " Gregorio Marañón" (Madrid)*

OBJETIVO

Mejorar la salud infantil y las mujeres, especialmente gestantes y lactantes, dar apoyo, detectar situaciones de riesgo y fomentar la lactancia materna como método de alimentación más seguro entre la población vulnerable de dos campos de refugiados ubicados en Grecia.

MATERIAL Y MÉTODO

Las mujeres refugiadas y los niños son población especialmente vulnerable en crisis socio-políticas. La huida de la guerra, el peligroso trayecto hasta el territorio europeo, la carencia de recursos de todo tipo, la dificultad de acceso al sistema sanitario griego así como las barreras idiomáticas y culturales ponen en riesgo la salud y bienestar de la población refugiada.

El trabajo como matronas voluntarias fue desarrollado en dos campos de refugiados de unas 600 personas cada uno, donde las condiciones higiénico-sanitarias y sociales no eran adecuadas para gestantes, madres lactantes y menores de dos años, que se alojaban hacinados en tiendas de campaña, en algunos casos al aire libre bajo las inclemencias climatológicas, y compartían un número insuficiente de aseos y duchas comunitarios.

Entre las funciones realizadas tenemos la identificación y captación de embarazadas, control del bienestar materno-fetal, asesoría y fomento de la lactancia natural como método mejor y más seguro de alimentación, así como formas seguras de alimentación infantil con fórmula artificial, control sanitario de niños menores de dos años y realización de grupos de educación para la salud.

RESULTADOS

Se logró completar un censo de mujeres embarazadas, lactantes y niños menores de 2 años como principal población diana de trabajo.

Se logró que aceptaran e identificaran a las matronas y a la tienda de campaña donde se trabajaba como puntos de referencia para solucionar dudas sobre salud reproductiva y lactancia.

Los grupos de educación para la salud realizados lograron desmontar mitos sobre lactancia natural y artificial, motivar a las madres, resolver dudas sobre anticoncepción y embarazo, así como crear redes de apoyo mutuo de mujer a mujer y un espacio seguro donde poder compartir vivencias con otras madres.

CONCLUSIONES

La función de la matrona como experta en salud de las mujeres y lactantes es indispensable en situaciones de crisis social con población vulnerable, para fomentar su salud y bienestar y poder valorar y detectar situaciones que se desvíen de la normalidad.

EFICACIA DE TERAPIA CON PROBIÓTICOS COMO COMPLEMENTO A ANTIFÚNGICOS EN INFECCIONES VAGINALES POR CÁNDIDA.

POSTER

Nº 51

AUTORAS: Olga Madera Ferreiro, Mélody Ortega Cobo, María de la Paz Amate Teva, Rocío Martínez Yébenes, Lidia Cantero Muñoz, María del Pilar Casalilla López. Hospital Materno Infantil (Jaén)

INTRODUCCIÓN

La candidiasis vulvovaginal es una patología con una alta prevalencia y recurrencia en la población. Consiste en una inflamación de la mucosa genital que se desarrolla como resultado de la infección por levaduras del género *Candida* (*C.albicans* en la mayoría de los casos, en otras ocasiones otras cepas como *C.Glabrata* o *C.Parapsilosis*), que son habitantes canal vaginal normal, pudiendo convertirse en patógenos en ciertas situaciones.

Esta microbiota se relaciona directamente con la flora bacteriana predominante y su capacidad para inhibir el crecimiento de otros microorganismos. Los lactobacilos regulan la microbiota vaginal mediante diferentes mecanismos (autoagregación, producción de agentes como ácido láctico o peróxido de hidrógeno, coagulación con patógenos o adhesión a células epiteliales

OBJETIVO

Analizar los estudios clínicos publicados sobre la eficacia clínica del uso de probióticos para potenciar el tratamiento de infecciones vaginales por *Cándida*

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión sistemática de las publicaciones científicas sobre el tema en las bases de datos Lilacs, Pubmed y Cochrane. Se usaron los descriptores "Vagina", "Cándida", "probióticos" y "lactobacilos", tanto en español como en inglés. Seleccionamos estudios clínicos publicados en los últimos 10 años, en español o inglés y con acceso al texto completo.

De un total de 227 publicaciones se seleccionaron con estos criterios un total de 5 estudios clínicos

RESULTADOS

En todos los estudios se demostró que los preparados de probióticos ayudaban, junto a los antimicóticos, a reducir el tiempo sintomático de la infección por *Cándida* y conseguir reducir la tasa de recurrencia de la infección

CONCLUSIONES

Tras hacer esta revisión bibliográfica, concluimos que los productos basados en lactobacilos específicos se pueden considerar como una buena alternativa para potenciar la eficacia terapéutica de los fármacos antimicóticos, reduciendo los síntomas habituales (prurito y quemazón vaginal, dispareunia, leucorrea, etc).

Sin embargo, en nuestra opinión son necesarios más estudios sobre el tema, para determinar con más precisión qué tipo de lactobacilo sería el más adecuado y con qué pauta.

Además, consideraríamos interesante estudiar la eficacia del uso de estos productos de manera independiente a los fármacos antimicóticos

DULCE Y UMAMI: EL SABOR DE LA LECHE MATERNA Y SU INFLUENCIA EN LA INTRODUCCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN NIÑOS LACTANTES.

POSTER

Nº 52

AUTORES: Amaia Intxausti Martínez, Gala Arnal Ribera, Saioa Galdos Masip, Lur Zubiaga Arana Hospital Universitario de Donosti (Guipúzcoa)

OBJETIVOS

En 1908 el profesor de química japonés Kikunae Ikeda de la Universidad de Tokio identificó al glutamato (un aminoácido) al analizar el alga kombu, cuyo sabor denominó umami (sabroso en japonés).

En 2001 un estudio de la Universidad de California identificó los receptores específicos para este sabor en la lengua humana (T1R1+T1R3), y desde entonces se aceptó esta sensación gustativa como el 5º sabor (dulce, salado, ácido, amargo y umami). Los estudios demuestran que los sabores dulce y umami resultan los más atractivos para los humanos.

Numerosos alimentos en la naturaleza contienen glutamato o ácido glutámico, lo que les confiere el sabor umami. El producto natural que más concentración de glutamato contiene es la leche materna humana.

La industria alimentaria también utiliza al glutamato como potenciador de sabor para aportar el sabor umami a productos como snacks, bollería industrial o precocinados.

¿Será que la industria quiere acercarnos al sabor de nuestro alimento primario, la leche materna?

El objetivo de este trabajo es valorar la relación entre el sabor umami predominante en la leche materna con la aceptación de la alimentación complementaria a los 6 meses de vida del niño.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una revisión bibliográfica sistematizada en las bases de datos Cinahl, Pubmed, Uptodate y Google Académico, utilizando en la búsqueda los siguientes descriptores bibliográficos (MeSH y DeCS) y combinaciones de booleanos:

."umami" con el que se lograron 56 resultados.

."taste AND breastfeeding OR human milk OR breast milk" con el que se obtuvieron 19 resultados.

."glutamic acid OR glutamate AND breastfeeding OR human milk OR breast milk", con 2 resultados.

." umami AND breastfeeding OR human milk OR breast milk", sin obtener ningún resultado.

."taste OR umami OR glutamic acid OR glutamate AND complementary feeding", obteniendo 2 resultados.

Se eligieron artículos en español e inglés, pero sólo se han obtenido resultados en inglés. El número final de documentos completos vinculantes para este estudio ha sido de 10.

RESULTADOS

De los 20 aminoácidos presentes en la leche materna humana, el glutamato junto con el ácido glutámico y la taurina son los más abundantes representando más del 50% del total.

La cantidad de glutamato aumenta durante los 3 primeros meses de lactancia, lo que progresivamente le va confiriendo un sabor umami más intenso. Ésta composición se da en la leche materna de mujeres de todo el mundo por igual, sin importar razas ni dietas maternas, como corroboran diferentes estudios que analizan la composición de la leche materna en mujeres de todos los continentes.

Comparando la composición de aminoácidos entre la leche materna y las fórmulas de leche de vaca adaptadas para lactantes, éstas contienen un 10% o menos de concentración de aminoácidos, y la suma del ácido glutámico y glutamato es mucho menor que en la leche humana, con lo que los lactantes alimentados de esta forma están menos acostumbrados al sabor umami.

Los estudios analizaron a lactantes alimentados con lactancia materna exclusiva, lactancia mixta ó alimentación de fórmula exclusiva durante los 6 primeros meses de vida y valoraron sus reacciones al ofrecerles soluciones con cada uno de los 5 sabores reconocidos.

En todos los estudios los lactantes mostraron preferencia por los sabores dulce, salado y umami a los 6 meses de vida pero se obtuvieron resultados diferentes a la hora de relacionar este hecho con la lactancia materna exclusiva.

CONCLUSIONES

Las consecuencias del sabor de la leche materna en la alimentación complementaria están poco investigados.

En los estudios analizados los resultados son contradictorios. El sabor dulce, umami y salado son los de preferencia en todos los estudios con bebés de 5 a 7 meses, sin poder definir claramente su relación con el sabor de la leche materna.

Es un campo abierto a futuras investigaciones.

EFICACIA DE LOS PROBIOTICOS COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA PARA EL ALIVIO DEL CÓLICO DEL LACTANTE.

POSTER

Nº 53

AUTORAS: Cristina Anguita Cámara, Almudena Morales Naranjo, Ana Isabel Huertas Castillo, Olga Lozano Martínez, Elena Cortés Fernández, Esther Domínguez Solís. Hospital Materno-Infantil (Málaga)

INTRODUCCIÓN

El cólico del lactante es un fenómeno fisiológico que afecta a niños sanos menores de cuatro meses con una prevalencia del 15 al 40%. Consiste en periodos prolongados de llantos difíciles de consolar e irritabilidad de etiología desconocida. Por lo que suele afectar al entorno familiar generando bastante ansiedad en los cuidadores y pediatras. A pesar de que su naturaleza es benigna en algunos casos es necesario su abordaje terapéutico, existiendo en la actualidad diferentes alternativas terapéuticas entre las que se encuentra la administración de probióticos.

OBJETIVO: Analizar la eficacia y seguridad del uso de probióticos como alternativa terapéutica al alivio de los síntomas del cólico del lactante.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa en inglés y español con el fin de resumir y sintetizar la información de la investigación existente. Para ellos fueron consultadas las siguientes bases de datos: PubMed, CINAHL, Cochrane, IME, Cuiden y Scielo. Se utilizaron como descriptores “cólico”, “lactante” y “probióticos”. Se incluyeron estudios publicados entre 2010-2017.

RESULTADOS: Los niños que presentan cólico del lactante tienen una microflora intestinal diferente a los niños que no lo padecen, presentando estos una menor cantidad bifidobacterias y lactobacillus (bacterias benéficas) y mayor cantidad de proteobacterias (bacterias patógenas). La cepa probiótica más estudiada y que aporta mayores beneficios es Lactobacillus Reuteri DSM 17938. La mayoría de los estudios revisados coinciden en afirmar que esta cepa de probiótico administrada a niños amamantados con leche materna en una cantidad de 10^8 UFC/día produce una disminución significativa de la duración del llanto y de la agitación, una mejora de la motilidad intestinal y una disminución de los marcadores inflamatorios intestinales del lactante. Todas estas mejoras de la sintomatología reducen la ansiedad familiar y las consultas sucesivas al pediatra. La administración de probióticos no se asoció a ningún efecto adverso, no interfiriendo en el desarrollo pondoestatural del lactante y por tanto, siendo segura su administración.

CONCLUSIONES

El uso de probióticos para el alivio de la sintomatología del cólico del lactante es una alternativa terapéutica segura y efectiva. La cepa Lactobacillus Reuteri podría ser eficaz como estrategia de tratamiento para la disminución de la duración del llanto en niños que son alimentados exclusivamente con lactancia materna. Sin embargo, serían necesarios más estudios con un mayor tamaño muestral con el fin de concluir la eficacia de los probioticos en niños que son alimentados con lactancia artificial y así obtener conclusiones más definitivas.

EFICACIA DE LOS PROBIOTICOS COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA PARA EL ALIVIO DEL CÓLICO DEL LACTANTE.

POSTER

Nº 54

AUTORAS: María Sánchez Díez, Esmeralda Agra Guerra, Esther Calleja Galindo, Alina Carnero Quintana, Emma García Rodríguez . Hospital " Río Hortega" (Valladolid)

INTRODUCCIÓN

La infertilidad clínica se define como la incapacidad para quedarse embarazada después de 12 meses de relaciones sexuales sin protección. Afecta aproximadamente al 15-20% de todas las parejas que tratan de concebir.

En las mujeres, el proceso reproductivo y su éxito se ven afectados principalmente por la tendencia a posponer la procreación, ya que la fertilidad declina precipitadamente después de los 35 años, existiendo en la actualidad notable aumento del uso de técnicas de reproducción asistida.

En cuanto a los hombres, varios estudios recientes han revelado que las concentraciones de espermatozoides y la calidad del semen han ido disminuyendo a lo largo de las décadas pasadas.

Por ello se deben evaluar factores ambientales y nutricionales, ya que la exposición a ciertos químicos y nutrientes en bajas dosis de manera crónica, puede influir de manera significativa en el potencial reproductivo.

OBJETIVO

Revisar la evidencia científica existente, acerca de los factores que influyen en la infertilidad de las parejas en la actualidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en algunas de las principales bases de datos (Pubmed, Cuiden, The Cochrane Library) y en el buscador de Google académico. También se han utilizado guías de organismos internacionales como la OMS y PNUMA. Se han seleccionado artículos tanto en inglés como en español con una antigüedad no superior a 7 años. Para su búsqueda se utilizaron los siguientes términos mediante distintas combinaciones de los operadores booleanos (AND, NOT, OR): "infertilidad", "infertility", "edad", "obesidad", "ejercicio físico", "tóxicos", "alimentación", "diet", "disruptores endocrinos", "endocrine disruptors".

RESULTADOS

Hábitos tóxicos como el consumo de tabaco, se ha asociado con efectos adversos sobre la fertilidad. En los hombres, fumar afecta negativamente a la producción de espermatozoides, la motilidad y la morfología y se asocia con un mayor riesgo de daño en el ADN. En las mujeres, los componentes del humo del cigarrillo pueden afectar el microambiente folicular y alterar los niveles hormonales en la fase lútea.

La obesidad y el bajo peso corporal pueden afectar a la función reproductiva causando desequilibrios hormonales y disfunción ovulatoria.

La obesidad reduce las posibilidades de que una mujer conciba naturalmente y de que el tratamiento para la fertilidad sea exitoso. Hay evidencias de que la alteración endocrina que conlleva la obesidad, puede revertirse con la pérdida adecuada de peso. El principal factor implicado es la normalización del estado de resistencia a la insulina.

Una de las causas más comunes que promueve la infertilidad en las mujeres que tienen sobrepeso, es su tendencia a padecer problemas de ovulación, destacándose como uno de los padecimientos más frecuentes el Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP), que se caracteriza por la producción exagerada de andrógenos y una falta de ovulación crónica.

La frecuencia, la duración y la intensidad de la actividad física están correlacionadas con la infertilidad. El ejercicio moderado y la pérdida de peso mejoran la función metabólica y el perfil hormonal en las mujeres obesas, a menudo llevando a aumentar la fertilidad. Por otro lado, las mujeres que hacen ejercicio hasta el agotamiento tienen 2,3-3 veces mayor riesgo de infertilidad.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el equilibrio bio-psico-social, que debe ser procurado a través de una alimentación suficiente y de calidad, es un factor que ejerce una influencia importante sobre la fertilidad.

En las mujeres de edad fértil, la adherencia a la dieta mediterránea parece reducir el riesgo de aumento de peso y resistencia a la insulina, aumentando así las posibilidades de embarazo.

Bebidas como el café, té y refrescos y algunos alimentos como el chocolate tienen propiedades estimulantes que aumentan el tiempo en conseguir una gestación. Se ha informado que el consumo de alcohol disminuye la fertilidad, aunque el nivel de consumo asociado con este riesgo no está claro.

En cuanto a los disruptores endocrinos, se ha demostrado, que un número creciente de químicos a los que las personas en áreas industrializadas están expuestas, interfieren con el metabolismo, la acción y la síntesis hormonal. Además, varios informes reivindican que estos compuestos son responsables del aumento en las tasas de infertilidad

CONCLUSIONES

Existe una buena evidencia de que la dieta, el estilo de vida y la suplementación nutricional pueden afectar a la fertilidad.

Los factores que influyen de una forma negativa sobre la salud reproductiva de las parejas son:

La edad de la mujer (>35 años), el consumo de tabaco, alcohol y cafeína (más de 2 tazas al día), la obesidad y el bajo peso, el ejercicio físico excesivo, el consumo de ácidos grasos trans y la exposición a disruptores endocrinos.

Por el contrario, aquellos factores que intervienen de una manera positiva son:

El consumo de una dieta mediterránea con ácidos grasos omega 3 y antioxidantes, la realización de ejercicio físico de manera moderada y la pérdida de peso en caso de obesidad/sobrepeso.

Por lo tanto, evitar retrasar la edad de concepción y realizar ciertos cambios en el estilo de vida, podrían ser aspectos suficientes para poner solución a este problema que afecta a unas 186 millones de personas en todo el mundo.

COMPARATIVA EN EL USO DEL SULFATO DE MAGNESIO PARA LA NEUROPROTECCIÓN FETAL ANTE EL PARTO PREMATURO INMINENTE ENTRE LOS HOSPITALES DEL NORTE Y EL SUR DE ESPAÑA

POSTER

Nº 55

AUTORAS: María Begoña Martínez Borde, Sara Urbaneja Martín . Hospital Universitario Basurto ,Bilbao (Vizcaya)

OBJETIVO

Comparar los protocolos utilizados en Hospitales del norte y el sur de España con los protocolos de actuación marcados por la literatura existentes.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión Bibliográfica en la base de datos :Scielo, Cuiden, Pubmed, Cochrane Plus ,utilizando como descriptores: Sulfato de magnesio,neuroprotección,prematuridad, parálisis cerebral.

RESULTADOS:La evidencia científica apoya que el uso de sulfato de magnesio como neuroprotector fetal antenatal administrado ante la inminencia de un parto pretérmino reduce el riesgo de padecer severas secuelas neurológicas en los recién nacidos.El momento del inicio del tratamiento comprende desde la viabilidad fetal (24semanas)para La Sociedad de Obstetricia Y Ginecología Canadiense(SOCCG), hasta una fecha que comprende desde la 30 semanas para la Guía de práctica clínica Australiana; 31+6 para El colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) , el Hospital materno infantil de Málaga y el Hospital Universitario de Basurto y 32 semanas para la SOCCG .La dosis de carga y mantenimiento varía según autores y hospitales.

CONCLUSIONES

La parálisis cerebral es una manifestación grave después del nacimiento prematuro, lo que hace que las actividades preventivas cobren gran importancia. Aún existe controversia sobre la edad gestacional límite para indicar el sulfato de magnesio ,el régimen de administración, así como la posibilidad de re-tratamiento, de ahí que se manejen protocolos diferentes. Los protocolos estudiados se aúnan en la necesidad de vigilancia y control materno fetal y además previenen de los efectos secundarios materno-fetales en su administración. Resulta fundamental realizar estrategias sanitarias efectivas que tengan un impacto en la reducción de la tasa y gravedad de la parálisis cerebral.

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS A TÉRMINO: MANEJO EXPECTANTE POR 24H, VERSUS INDUCCIÓN CON OXITOCINA.

POSTER

Nº 56

AUTORAS: *Mélody Ortega Cobo, María de la Paz Amate Teva, Rocío Martínez Yébenes, Lidia Cantero Muñoz, María del Pilar Cazalilla López, Olga Madera Ferreiro. Hospital Materno Infantil (Jaén)*

INTRODUCCIÓN

Se habla de rotura prematura de membranas cuando la bolsa amniótica se rompe antes del inicio del parto. El periodo de latencia es el tiempo que surge desde que las membranas se rompen hasta que se inicia el trabajo de parto

Esto ocurre en un 10% de las gestaciones a término, iniciándose en un 60% el parto de forma espontánea sin necesidad de inducción. Entre las complicaciones principales que surgen de dicha rotura de membranas se encuentran la infección ovular, la infección neonatal y puerperal.

Existen diversos modos de actuación para poder disminuir dichos riesgos, entre ellos la inducción y el uso de antibióticos.

OBJETIVO

Analizar la evidencia científica en relación a los diferentes modos de actuación ante una rotura prematura de membranas en una gestación a término.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica en bases de datos médicas, documentos prácticos para profesionales y académicas internacionales e iberoamericanas (scielo, lilliacs, pubmed cochrane), utilizando descriptores tales como inducción con oxitocina, manejo expectante, rotura prematura de membranas.

RESULTADOS

La mayoría de las gestantes inician el trabajo de parto de manera espontánea antes de las 24h de rotura de bolsa. Las mujeres que inician el parto de manera espontánea suelen tener una media inferior de horas de parto que las que son inducidas.

La probabilidad de parto vaginal es mayor en las gestantes que lo inician de manera espontánea que en las que se induce, así pues a modo de resumen en las situaciones que no se pueda permitir una inducción de manera inmediata, una conducta expectante de 24h en gestantes con rotura prematura de membranas, favorece una tasa elevada de parto vaginal, en los cuales existen complicaciones pero no severas.

No obstante la probabilidad de infecciones neonatales es similar en ambos casos, sin embargo disminuye el número de infecciones ovulares en las gestantes que son inducidas inmediatamente.

CONCLUSIONES

Se recomienda en primer lugar el diagnóstico exacto de rotura prematura de membranas, así como la datación correcta de la edad gestacional, también resulta imprescindible el uso adecuado de la antibioterapia para evitar complicaciones mayores en EGB positivo, desconocido o ante una bolsa rota de más de 18h.

Diversos estudios nos confirman que un parto alargado en tiempo, aumenta el riesgo de infección neonatal.

Así pues siempre que se disponga de prostaglandinas, el factor tiempo se ha de tener en cuenta, y en una rotura prematura de membranas >6h, dependiendo del test de bishop, el cual se considera de un elevado interés para la valoración del cuello uterino, se planteará o el uso de prostaglandinas para pre-inducción o la utilización de oxitocina.

“ALTE/BRUE DURANTE EL PIEL CON PIEL. PREVENIR MEJOR QUE REANIMAR.”

POSTER

Nº 57

AUTORES: Verónica Dólera Férez, José Silva Tubio, Fuensanta Martínez Almarcha. *Hospital " Vega Baja" Orihuela (Alicante)*

INTRODUCCIÓN

Con la generalización del contacto piel con piel (CPP) han comenzado a detectarse, sobre todo en las primeras horas de vida del recién nacido (RN), eventos aparentemente letales.

Para referirse a los episodios de apnea que podrían desencadenar un Síndrome de Muerte Súbita del Lactante, en 1986 se definió el término *Evento Aparentemente Letal que amenaza la vida* (ALTE) como un suceso alarmante por la combinación de apnea, cambio del color, cambio del tono muscular y asfixia o nauseas.

En 2016 la Academia Americana de Pediatría, con la intención de eliminar el miedo que ocasionaba el término ALTE, incluye un nuevo término *Breve Evento Resuelto Inexplicado* (BRUE) y lo define como cualquier evento inexplicable en niños menores de 1 año, que se resuelve totalmente en menos de 1 minuto y que puede cursar con hipo o hipertonía, cianosis o palidez, alteraciones en el nivel de conciencia y la respiración.

OBJETIVOS

- Revisar la bibliografía.
- Detectar pautas profesionales destinadas a conseguir un CPP precoz seguro.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica en las principales bases de datos (Pubmed, Cochrane, Scielo...).

RESULTADOS

-Con el CPP han aumentado los casos de ALTE y/o BRUE. Suele ocurrir en las dos primeras horas de vida en niños aparentemente sanos, nacidos por parto vaginal y sin patología previa. Parece existir más riesgo entre las mujeres primíparas, sin acompañante, cansadas o sedadas. No existen suficientes registros para evaluar la repercusión del problema.

-El CPP precoz seguro requiere la *supervisión de la madre y del RN, la educación y habilidades del personal de apoyo para evitar posiciones de riesgo, una temperatura adecuada y la iluminación ambiental* que facilite la visión del RN.

CONCLUSIONES

-Es necesario que el personal que trabaja en la sala de partos reciba formación específica para la supervisión y asesoramiento en el CPP.

-Es conveniente elaborar un protocolo de actuación preventivo en el CPP que disminuya el riesgo de un ALTE/BRUE durante las dos primeras horas de vida del RN.

ENFERMEDAD PERIODONTAL Y RESULTADOS OBSTÉTRICOS: PARTO PRETÉRMINO Y BAJO PESO AL NACIMIENTO.

POSTER

Nº 58

AUTORAS: Rocío Martínez Yébenes, Lidia Cantero Muñoz, M^a del Pilar Cazalilla López, Olga Madera Ferreiro, Fátima Hidalgo Higuera, Melody Ortega Cobo. Hospital Materno-Infantil (Jaén)

INTRODUCCIÓN

Cuando hablamos de enfermedad periodontal, nos referimos a la afección de los ligamentos y huesos que sirven de soporte a los dientes, generalmente por infección e inflamación.

La infección pone en marcha un complejo entramado de reacciones que culminan en la liberación de prostaglandinas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) definen el parto prematuro aquel que acontece entre las semanas 22 y 37 de gestación. Se trata de una complicación obstétrica frecuente (9.5% en España) que conlleva una elevada morbilidad neonatal, así como secuelas a largo plazo en los supervivientes.

Nos referimos a bajo peso al nacimiento cuando este es inferior a 2500 gramos.

OBJETIVO

Determinar si existe vinculación entre la enfermedad periodontal y resultados obstétricos adversos.

MATERIAL Y MÉTODO

Hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica en bases de datos nacionales e internacionales de relevancia tales como PubMed, Cochrane, Lilacs y Cuiden, acotando la búsqueda a ensayos clínicos publicados en los últimos 10 años. Las palabras claves empleadas han sido “periodontal disease”, “preterm delivery”, “low birth weight” y sus análogos en español.

Tras analizar los estudios encontrados, seleccionamos por cumplimiento de criterios 13 de ellos.

RESULTADOS

En los estudios analizados hallamos dos grupos: un grupo de intervención constituido por gestantes de distinta edad gestacional con enfermedad periodontal a la que se le realizan diversas acciones como uso de enjuague bucal, limpieza dental, raspado y alisado de raíces dentarias junto con instrucciones de higiene dentaria; y un grupo control que no recibe tratamiento o sólo instrucciones de higiene dental.

De los 13 estudios incluidos, 7 de ellos hallan prevalencias superiores de resultados adversos en el grupo control, pero no establecen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos y los resultados obstétricos analizados.

Los 6 estudios restantes sí determinan diferencias estadísticamente significativas, resultando en menos partos prematuros y mayor peso al nacimiento en las gestantes con periodontitis confirmada que reciben diverso tratamiento higiénico dentario.

CONCLUSIONES:

Podemos determinar que los resultados no son concluyentes, ya que los estudios difieren.

Serían necesarios más estudios de calidad metodológica que arrojen datos más precisos que guíen nuestra práctica clínica.

La revisión odontológica incluida dentro del proceso de atención al embarazo en Andalucía, es la clave para captar a aquellas mujeres que precisen tratamiento.

Como matronas, en la visita preconcepcional y la primera visita prenatal, debemos realizar educación para la salud en higiene dental y hábitos saludables que puedan influir en ella.

AUTORES: *Patricia Peláez García, Manuel Borrego Vera. Hospital Torrecárdenas (Almería)*

OBJETIVO

Describir los factores de la depresión puerperal leve y el manejo de esta por los profesionales sanitarios.

MATERIAL Y MÉTODO

Se llevó a cabo una revisión sistemática de la bibliografía sobre el tema. Las bases de datos consultadas fueron: Pubmed, Cochran, y Uptodate. Los descriptores utilizados fueron: “Depresión” “Postparto” y “Maternity Blues”. Se aplicó un filtro de período temporal (2006-2016) y de especie (seres humanos). De un total de 45 referencias encontradas tras la búsqueda, fueron seleccionadas 7 para un análisis en profundidad, por cumplir con los criterios de inclusión establecidos.

RESULTADOS

Es fácil encontrar que aún en mujeres suficientemente equilibradas psíquicamente, se produzcan en el puerperio manifestaciones emocionales o psicopatológicas que requieran atención especial, incluso a veces del especialista de salud mental.

Ligados al puerperio conocemos clásicamente trastornos psiquiátricos particularmente de tipo depresivo que pueden ser clasificados según la gravedad de sus manifestaciones en menores y mayores.

Los factores de riesgo son antecedentes de depresión, como el factor con mas predominio, antecedentes familiares de depresión o desorden bipolar, síntomas depresivos durante el embarazo, medio social conflictivo, maltrato en la infancia, ser madre soltera, embarazo no deseado, tener mas de 3 hijos, tabaquismo, problemas económicos, ser menor de 20 años, falta de apoyo social, violencia doméstica, características del recién nacido y no dar lactancia materna.

La depresión puerperal leve, llamada también depresión del tercer día, o “Maternity Blues”, es bastante frecuente. Se da en un 50-85% de las puérperas. Es un cuadro pasajero que no comporta riesgos ni a corto ni a medio plazo. Suele relacionarse con la caída de las tasas de estrógeno y progesterona que coincide con ese momento. Se inicia en los primeros días del postparto (2º-4º día), siendo el pico en 5-7º día. Remite de forma espontánea a las 2 semanas.

Los síntomas suelen ser que la mujer se siente cansada, apenada, llora, está muy sensible a cualquier comentario, ansiosa, abatida, con dificultades para dormirse, tiene el sentimiento de no ser capaz de atender a su hijo Desde el punto de vista terapéutico. Suele ser suficiente una actitud de apoyo del entorno.

CONCLUSIONES

Se debe tener más conciencia sobre la problemática de este trastorno, los profesionales debemos de informar siempre a las gestantes sobre los posibles cambios que puedan tener en un futuro. Aunque no requieren tratamiento, debido a que la alteración anímica es leve y autolimitada. De todos modos, es útil explicarle que lo que le sucede es normal, atribuible a los cambios hormonales que está experimentando y que pasará sin necesidad de tratamiento farmacológico, aunque puede ser útil la atención psicológica en atención primaria por parte del sanitario.

LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN NUESTRO MEDIO, CAUSAS Y CONSECUENCIAS.

POSTER

Nº 60

AUTORAS: Irene Cavero Morales, Blanca López Talasac, Encarnación Hernández Torres. Hospital "12 de Octubre"
(Madrid)

INTRODUCCIÓN

La OMS estima que entre 100 y 140 millones de niñas y mujeres de todo el mundo han sido sometidas a la mutilación genital femenina, la mayoría de estos casos tienen lugar en países africanos. Debido a la inmigración procedente de estos países cada vez es más frecuente encontrar mujeres que han sido sometidas a esta práctica.

OBJETIVO

Incrementar los conocimientos sobre mutilación genital femenina y sus consecuencias en la salud de la mujer

MATERIAL Y MÉTODO

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica desde octubre de 2016 a enero de 2017 utilizando los descriptores *mutilación genital femenina (female genital mutilation)*, *corte genital femenino (female genital cutting)*, *salud de la mujer (women's health)* y *detección (detecting)*. Las bases de datos consultadas fueron *Up to date* y *Pubmed*, así como en las web de la *OMS* y del *Ministerio de Sanidad*, se limitó a estudios de los últimos diez años.

RESULTADOS

La mutilación genital es una práctica ancestral ligada a un rito de paso a la vida adulta, que conlleva la transmisión de la historia, cultura y la tradición de la etnia que la práctica. Existen tres tipos de mutilación: la clitoridectomía (tipo 1), la clitoridectomía con o sin escisión de los labios (tipo 2) y la infibulación (tipo 3). Todas ellas en mayor o menor medida, dependiendo del tipo que sea, generan consecuencias negativas a nivel psicológico y a nivel físico durante toda la vida de la mujer, que empeorarán exponencialmente en el caso de un embarazo.

CONCLUSIONES

Nuestra labor como matronas debe ser detectar los casos de mutilación genital y prevenir aquellos que puedan darse tanto en nuestro país como los que se produzcan tras un viaje al país de origen activando los protocolos interdisciplinarios para evitarlo. La comunicación, información y mediación cultural serán indispensables.

HOMOCISTEÍNA Y ÁCIDO METILMALÓNICO EN LA DETECCIÓN DE DÉFICITS NUTRICIONALES. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

POSTER

Nº 61

AUTORAS: Alicia Rubio Miguel, Olga Segarra González, Paula García Molina. Hospital General de l'Hospitalet (Barcelona)

OBJETIVO

Analizar la existencia de estudios que utilicen la homocisteína y el ácido metilmalónico (MMA) como parámetros analíticos para la detección de déficit nutricionales en las gestantes.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una revisión sistemática en las bases de dato PudMed, CINHALL, CUIDEN y Cochrane Library con los siguientes descriptores: alimentación suplementaria, embarazo, homocisteína y ácido metilmalónico. Se seleccionan los artículos a partir del año 2011 por ser los más actuales. Además se consultaron fuentes científicas de interés de ámbito internacional como Royal College of Midwives (RCM), Australian College of Midwives (ACM) o International Confederation of Midwives (ICM).

RESULTADOS

Los estudios revisados señalan la importancia de detectar de forma precoz los bajos niveles de algunos micronutriente en la población gestante y la importancia de poder aportar la información necesaria para que las mujeres embarazadas puedan realizar una dieta adecuada y en casos determinados un aporte suplementario adecuado a sus necesidades.

La determinación en sangre de homocisteína y MMA se ha asociado a una mejor detección de posibles déficits nutricionales relacionados con el ácido fólico y la vitamina B12, permitiendo detectar aquellos casos que precisan una atención más especializada e individualizando las necesidades de cada gestante.

Diversos estudios relacionan la elevación de la homocisteína y MMA, y el déficit de ácido fólico y vitamina B12 en sangre con presencia de patología durante la gestación como diabetes gestacional, alteraciones en el patrón de crecimiento fetal y estados hipertensivos del embarazo.

CONCLUSIONES

En la bibliografía encontrada no se hace una referencia directa entre la determinación analítica de homocisteína y MMA y la población embarazada como cribado general, pero sí se ha evidenciado la importancia de la detección precoz del déficit nutricional debido a las complicaciones que se pueden desarrollar durante el embarazo.

Se necesitan más estudios que puedan apoyar la determinación analítica de estos parámetros de forma sistemática a las gestantes que presentan un riesgo nutricional debido a sus hábitos alimentarios pero aun así los estudios revisados van encaminados en esta dirección ya que se trata de prestar una atención integral en la gestación.

AUTORAS: *María del Carmen Duque Teomiro, Beatriz Díaz Maíllo. Hospital " Virgen de la Salud" (Toledo)*

OBJETIVO

Hacer un análisis comparativo de la profesión en distintos países europeos.

MATERIAL Y MÉTODO

Búsqueda bibliográfica sobre las normativas europeas vigentes en materia de formación de matronas, revisión de los Reales Decretos que regulan los planes de estudio en España, así como artículos que reflejan la realidad de la profesión a nivel europeo.

RESULTADOS

Hay gran diversidad en cuanto a la distribución teórico-clínica, la importancia otorgada a los diferentes aspectos formativos puede ser el reflejo de la función y campo de actividad de las matronas en cada uno de los Estados europeos.

CONCLUSIONES

A pesar de una formación unificada, existen grandes diferencias en cuanto a responsabilidad y campo de acción entre las matronas europeas. La creación del grado en "matonería" abriría el camino legal que permitiría el ejercicio autónomo y libre de las competencias de matrona: el parto natural o fisiológico.

PLAN DE ACOGIDA DEL ÁREA DE MATERNIDAD SATISFACCIÓN DE LAS EMBARAZADAS.

POSTER

Nº 63

AUTORAS: Aranzazu Escalante González, Ana García Ramos, Antonio Zurita Garrido. Hospital " Virgen de la Macarena" (Sevilla)

OBJETIVO

Explorar la opinión de las embarazadas con respecto al plan de acogida al área de maternidad, en relación a sus expectativas, nivel de satisfacción y propuestas de mejoras.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional descriptivo de corte transversal realizado durante el semestre de junio a diciembre de 2016 a 214 embarazadas de la zona norte de la ciudad de Sevilla, que acuden a una visita guía al área de maternidad del hospital Universitario Virgen Macarena, derivadas por su matrona de referencia de su Centro de Salud (CS). La actividad que dura dos horas y media es semanal y consiste en una sesión informativa de estrategias y datos claves para la vivencia del parto y una visita guiada por el circuito de parto, parto y postparto. Las mujeres han cumplimentado un instrumento con un apartado de expectativas al principio de la sesión y al final del recorrido han rellenado la parte de satisfacción y propuestas de mejoras.

RESULTADOS

La muestra (n=214) está repartida por diferentes CS de la zona norte de la ciudad de Sevilla. En general acuden derivadas por su matrona de referencia a través del programa de Educación para la maternidad (93%), el resto contacta a través de la web del hospital. Casi la totalidad son nulíparas, tan solo un 24,4% ha tenido algún parto anterior. Aunque la mayoría cursa su embarazo sin complicaciones, existe un 23% que presenta alguna patología gestacional, entre ellas; diabetes gestacional (3%) problemas de sangrado (4,2%) o cólicos nefríticos (2,9%). Manifiestan que la mayor preocupación en relación al parto, es que todo salga bien (26,6%), seguido de la epidural (19,2%), no obstante, un número reducido de mujeres están preocupadas por el dolor con el parto, también, por el cumplimiento del plan de parto (1,4%), a otras, les preocupa la donación de cordón (1,6%), el parto natural (1,8%) o el puerperio (1,4%). Un 50% acude a la visita para tener información y resolver dudas, otras, lo hacen para conocer las instalaciones (28,4%). El 78% expresa un alto nivel de satisfacción con la actividad y opinan que se han cubierto sus expectativas. La mayoría (72,1%) indica que se han aclarado sus dudas de forma satisfactoria. Aunque un 72% considera adecuada la duración de la actividad, otras opinan que debería durar menos tiempo. El 87% considera que las condiciones ambientales son adecuadas, siendo el paritorio la zona que más le ha gustado. Sin embargo, un 7% opina que las instalaciones son mejorables, que debería ser un ambiente más amigable. Un 87% recomendarían esta actividad a otras embarazadas. Como propuestas de mejoras reflejan que se debería ampliar las opciones de alivio del dolor, mejorar las instalaciones para hacerlas más acogedoras, y sobre todo, las mujeres resaltan la necesidad de un acompañamiento profesional en el puerperio más allá de la consulta puerperal, refieren acompañamiento profesional para el vínculo y la crianza.

CONCLUSIONES

Las embarazadas están muy satisfechas con la acogida, consideran que es de gran utilidad y la recomendarían a otras mujeres, lo que más les preocupa del parto es que todo salga bien, manifiestan una necesidad de estar acompañadas por las matronas en el puerperio más allá de la visita puerperal y proponen hacer del entorno de parto un ambiente más amigable.

AUTORAS: Zoraida de la Rosa Várez, María Teresa Rivas Castillo, Victoriano González Trujillo. Centros de Salud de Pinos Puente e Íllora (Granada)

INTRODUCCION

Como parte de la microbiota normal del individuo y en especial del tracto genital femenino se encuentra el hongo *Candida*. El desequilibrio de la microbiota puede causar episodios de candidiasis vulvovaginal que se define como la inflamación de la vulva y/o vagina causada por dicho hongo. Es muy frecuente: el 75% de las mujeres sexualmente activas presenta al menos un episodio a lo largo de su vida, y constituye la segunda causa de infecciones vaginales tras la vaginosis bacteriana. En la mayoría de los casos se trata de *Candida albicans*, aunque en ocasiones puede deberse a otras especies de *Candida*.

La candidiasis está relacionada con el ciclo menstrual, siendo más frecuente tras la ovulación, desarrollando los síntomas antes de la menstruación. Debido a su dependencia hormonal están predispuestas las mujeres que usan anticonceptivos hormonales, y el DIU también se ha asociado con episodios de candidiasis, probablemente porque los hilos actúan como reservorio. Existen factores desencadenantes como: diabetes mellitus mal controlada, uso de antibióticos (durante y tras el tratamiento) y enfermedades inmunosupresoras. Al desarrollarse mejor en presencia de concentraciones altas de glucógeno es más frecuente en situaciones de hiperglucemia y embarazadas.

OBJETIVO

El objetivo de nuestro trabajo es describir los signos y síntomas de la candidiasis y las medidas preventivas que podemos recomendar a la mujer para evitar su desarrollo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las Bases de Datos: Biblioteca Virtual en Salud, PubMed y La Biblioteca Cochrane Plus. Se restringió la búsqueda a los idiomas español e inglés y se limitó a los últimos diez años. Tras una revisión de los títulos y resúmenes de los resultados se descartaron los que estaban duplicados y los que no se correspondían con el tema que queremos desarrollar. Finalmente se seleccionaron doce artículos a través de los cuales se realizó este documento con las recomendaciones para las mujeres.

Palabras clave: candidiasis vulvovaginal, *Candida albicans*, prurito vulvar, enfermedades vaginales, autocuidado, salud de la mujer y sus homólogos en inglés: candidiasis vulvovaginal, *Candida albicans*, pruritus vulvae, vaginal diseases, self care, women's health.

RESULTADOS

Síntomas y signos de la candidiasis.

- Prurito vulvar y/o vaginal.
- Irritación, escozor, dolor, eritema, edema, excoriaciones o formación de fisuras en introito y vagina.
- En ocasiones se puede experimentar disuria.
- Formación de fisuras en introito y vagina.
- Flujo vaginal abundante que se caracteriza por ser espeso, con aspecto de yogurt.

A pesar de que los síntomas son típicos, también son muy inespecíficos, por lo que el diagnóstico no debería basarse sólo en ellos y se recomienda un cultivo vaginal.

Recomendaciones para la prevención de la candidiasis.

Son factores predisponentes:

- Tenga especial cuidado en la segunda fase del ciclo menstrual (antes de tener la regla) y durante los meses de primavera y verano.

- El uso de antibióticos. En caso de que sean necesarios establezca prevención ante los tratamientos con antibióticos de amplio espectro.
- Los anticonceptivos orales combinados con altas dosis de estrógenos.
- La inadecuada lubricación vaginal antes de la penetración (ya que incrementa el riesgo de trauma, que es puerta de entrada de patógenos).
- Una vida sexual activa sin protección y con múltiples parejas sexuales.

En general recuerde que los siguientes son irritantes vulvares:

- El rasurado o depilación.
- Incontinencia urinaria o fecal.
- Geles espermicidas.
- Jabones y detergentes.
- Cosméticos, papel higiénico, compresas perfumadas.
- Ropa ajustada.
- Tejidos sintéticos.
- Maceración debida a pobre aireación.
- Fricción perineal (ejercicio, ciclismo, equitación).
- Humedad mantenida (sauna, piscina).
- Higiene inadecuada (por defecto o exceso).
-

Tratamiento de la candidiasis:

Acuda a su médico o matrona para la realización de un cultivo vaginal. No se recomienda la automedicación, ya que puede provocar el desarrollo de especies de *Candida albicans* las cuales son resistentes a los tratamientos convencionales.

La administración de probióticos como adyuvantes del tratamiento ha demostrado la reducción de recidivas.

No es necesario el tratamiento de la pareja masculina, excepto en los casos de candidiasis recurrente o si éste presenta síntomas de balanitis o irritación peneana.

Durante el tratamiento evite tener relaciones sexuales y use preservativo masculino durante un mes posteriormente, el preservativo se presenta como un factor protector.

CONCLUSIONES

Es importante que los profesionales de la salud conozcamos los signos y síntomas de la vulvovaginitis y podamos transmitir a las mujeres los cuidados más efectivos en una infección tan frecuente como es la candidiasis. Además del tratamiento del episodio las mujeres demandan los conocimientos para evitar su repetición y éstos deben ser dados por la matrona durante la consulta o incluso pueden distribuirse en forma de folletos para que la mujer recuerde los cuidados más importantes que debe tener en cuenta.

MÉTODOS ALTERNATIVOS DE ALIVIO DEL DOLOR EN EL PARTO: INYECCIONES DE AGUA ESTÉRIL.

POSTER

Nº 65

AUTORAS: Olga Lozano Martínez, Ana Isabel Huertas Castillo, Almudena Morales Naranjo, Cristina Anguita Cámara, Elena Cortés Fernández, Esther Domínguez Solís . Hospital Materno Infantil (Málaga)

INTRODUCCIÓN

El dolor que se produce a causa del parto depende tanto de factores fisiológicos como psicosociales, y su intensidad es diferente según la experiencia de cada mujer. Por ello, la mayoría requieren métodos de manejo del dolor, tanto intervenciones no farmacológicas como farmacológicas.

OBJETIVO: Las inyecciones intracutáneas o intradérmicas de agua estéril (0,1-0,5ml) en el Rombo de Michaelis podrían aliviar algunos tipos de dolor, por lo que nuestro objetivo es determinar la efectividad analgésica percibida en la mujer de parto.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una revisión sistemática de la literatura científica en base a una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Cochrane, PubMed y EMBASE. Los criterios de inclusión han sido artículos en español e inglés, a texto completo, y de los últimos diez años a la fecha actual. Se han utilizado los tesauros DeCs con los siguientes términos: "parto" "inyecciones" "agua estéril" "dolor".

RESULTADOS

Se ha demostrado que las inyecciones intracutánea o intradérmica de agua estéril en la piel sobre el sacro, más concretamente el Rombo de Michaelis, alivia el dolor del parto. También podría ser útil para evitar la medicalización durante el parto, y para atrasar otro tipo de analgesia.

Los estudios consultados muestran una disminución importante del dolor, siendo de hasta 5 puntos en una Escala Visual Analógica del dolor. Se piensa que esta técnica funciona a través de la liberación de opioides endógenos.

En su procedimiento podemos encontrar el uso de una única inyección, o de cuatro, siendo esta última más potente y duradera en el efecto analgésico, aunque esta técnica se refiera como más molesta.

La máxima acción ocurre a los 30-40 minutos, con una duración de hasta 90-120 minutos, siendo más efectiva en los primeros estadios del parto.

CONCLUSIONES

Las inyecciones de agua estéril son una técnica simple, segura y efectiva para el dolor lumbar que se presenta en un 30% de las mujeres en el momento del parto, por lo que debemos fomentar su uso, informando adecuadamente, y ampliando así nuestros recursos como matronas en el manejo del dolor.

BENEFICIOS DE LALENTEJA DE PARTO DURANTE LA FASE ACTIVA DEL PARTO.

POSTER

Nº 66

AUTORA: Cristina González Hernández. Hospital " 12 de Octubre" (Madrid)

OBJETIVO

La movilización de la pelvis durante el parto favorece el desarrollo del mismo, aumentando las probabilidades de un parto eutócico. Además, la movilización se considera una herramienta de alivio del dolor, aumentando la satisfacción de la mujer durante el proceso.

Hoy en día, conocidos los beneficios de la verticalidad y la movilización, destacando el descenso de la presentación y aumentar la efectividad de las contracciones, se tiende a favorecer la libertad de movimientos de la mujer. El cojín de aire, también llamado lenteja de parto, puede ser una buena opción, incluso en mujeres con analgesia epidural.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en las principales bases de datos (Cochrane, Pubmed, Cuiden, Medline) utilizando las palabras clave: "labourpain", "obstetric analgesia", "freedom of movement" combinándolas a través del booleano AND.

RESULTADOS

La lenteja de parto es un dispositivo circular de goma hinchable, que posibilita la movilización de la musculatura y las articulaciones de la pelvis, de manera que pueden ampliarse los diámetros de los estrechos superior, medio e inferior, favoreciendo el parto eutócico.

El cojín de aire presenta las mismas ventajas que la pelota de fitball, pero sin la sensación de inestabilidad que a veces ocasiona.

No se han encontrado efectos adversos para el binomio madre-hijo derivados de su uso, pero sí aporta los beneficios asociados a la verticalidad y a la libertad de movimiento.

CONCLUSIONES

El cojín de aire es un buen sustituto de la pelota de fitball, ya que favorece la libertad de movimiento, y con ello, el parto eutócico.

Uno de los objetivos de los profesionales sanitarios que asisten a las gestantes debe ser el de mantenerse actualizados en el uso de los dispositivos favorecedores de la movilidad. Los profesionales debemos aportar un gran apoyo emocional para contribuir a una vivencia positiva del parto.

AUTORAS: *Uxía López Sobrino; Marta García Carnicero; María Soledad García Atalaya. Hospital "Lucus Augusti" (Lugo)*

OBJETIVO

Conocer el nivel de adaptación psicosocial de las gestantes del área sanitaria de Lugo al embarazo mediante la utilización del test de Lederman.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional prospectivo mediante autocumplimentación por parte de las gestantes de una encuesta que les fue entregada y recogida en la consulta de charla de plan de nacimiento que tiene lugar entre la semana 31 y 33 de gestación.

Mediante la encuesta se registraron las respuestas al Test de Lederman (PSQ) y distintos datos sociodemográficos: paridad, nivel de estudios, estado laboral, hábito tabáquico y asistencia o no a clases de educación maternal y preparación al parto.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 193 gestantes de las cuales 126 (65.3%) eran primíparas y 67 (34.7%) tenían hijos anteriores. Además 35 (17.8%) estaban en paro, 28 (14.2%) tenía un trabajo temporal y 134 (68%) tenían trabajo estable.

Como media poblacional total del PSQ se obtuvo 72.8 (± 11.4). Dentro de las 6 esferas que valora el PSQ, valoradas individualmente los resultados obtenidos fueron: una media de 7.3 (± 2) para la esfera de aceptación del embarazo (AE), 11.8 (± 4.1) para la esfera relación de pareja (RP), 12.5 (± 3.3) para la esfera de preparación de cara al parto (PA), 14.1 (± 4.2) para la esfera relación con la madre (RM), 22.5 (± 5.6) para la esfera preocupación por el bienestar fetal y 4.7 (± 1.2) para la esfera de identificación con el rol maternal.

En cuanto a las variables sociodemográficas encontramos significación estadística, como era de esperar, en la diferencia entre primíparas o gestantes con hijos previos en la esfera de preparación al parto (primíparas: 12.9, multiparas: 11.9, $p=0.04$). También se observan diferencias en la puntuación de la esfera de adaptación (primíparas: 11.5, multigesta: 12.5), aunque en este caso no llega a ser estadísticamente significativa ($p=0.07$). En la esfera de identificación con el rol maternal aparece significación en función del nivel de estudios, siendo esta relación inversa: nivel bajo 4.3, nivel medio 4.3, nivel alto 4.9 ($p=0.004$).

CONCLUSIONES

En función de los resultados obtenidos mediante la realización del test de Lederman observamos una buena adaptación psicosocial al embarazo por parte de las gestantes de Lugo, siendo estos unos resultados que muestran una mayor adaptación que la obtenida por Armengol et al en su estudio realizado en Barcelona donde la puntuación media fue de 126.48. Así mismo en este artículo citado encuentran diferencias significativas en relación a la esfera AE en función de si la mujer es primípara o tiene hijos previos; en nuestro estudio no hemos encontrado dicha asociación, pero si hemos encontrado, como era de esperar, diferencias estadísticamente significativas en la esfera PA.

Es interesante resaltar la esfera preocupación por el bienestar del bebe (PB) en la que se observa una desviación de la media hacia la inadaptación (22.5).

VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y SU RELACIÓN CON EL SÍNDROME DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

POSTER

Nº 68

AUTORAS: Almudena Morales Naranjo, Cristina Anguita Cámara, Olga Lozano Martínez, Ana Isabel Huertas Castillo, Esther Domínguez Solís, Elena Cortés Fernández. Hospital Materno-Infantil (Málaga)

INTRODUCCIÓN

Actualmente, el parto es abordado como una patología debido al deseo de que el proceso reproductivo culmine con un recién nacido sano y sin perjuicio de la salud materna. Esto ha propiciado la institucionalización de la asistencia perinatal y una atención bajo el modelo biomédico. Lo cual, lleva a que las mujeres vivan esta situación desde la perspectiva de “pacientes”, dejando en un segundo plano su capacidad de decisión. En consecuencia, se produce una insatisfacción de los cuidados intraparto, que sumado al hecho de que el parto es una experiencia cargada de sensaciones de fragilidad, vulnerabilidad, estrés y cambios emocionales, desembocan en una vivencia del parto como algo traumático, pudiendo llegar a desarrollar un trastorno de estrés postraumático (TEPT).

OBJETIVO

Mostrar la relación entre el síndrome de estrés postraumático tras el parto y la violencia obstétrica durante el mismo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica, en inglés y español, en las bases de datos PUBMED, CUIDEN, CINHAL y Cochrane. Se utilizaron como descriptores “estrés postraumático”, “parto” y “violencia obstétrica”. Se incluyen documentos publicados entre 2014-2017.

RESULTADOS

Son varios estudios los que describen el gran porcentaje de mujeres que muestran síntomas de estrés postraumático tras el parto. Entre un 25-30% presentan algún grado del TEPT (sintomatología parcial o leve, TEPT subclínico...) y entre un 1.5 y 6% desarrollan un TEPT completo. Entre sus causas, se han señalado las emociones traumáticas sufridas durante dicho evento. En ellas se engloban: intervencionismo obstétrico, percepción de cuidados inadecuados, sensación de vulnerabilidad o de desequilibrio de poder y actitud de los profesionales (deshumanización, unidireccionalidad en la comunicación, falta de información, de intimidad y de seguridad...). Ésta última, la actitud, cobra especial importancia, ya que dependiendo de su naturaleza puede actuar como factor preventivo o desencadenante.

CONCLUSIONES

Es importante dar visibilidad a las consecuencias que derivan del modelo asistencial hegemónico y del alto intervencionismo obstétrico, como es el caso del TEPT, ya que pasa desapercibido para muchos profesionales. Por ello es necesaria una reflexión crítica por parte del personal sanitario y una mejora de la formación y de las habilidades emocionales que lleve a un cambio en el modelo asistencial, consiguiendo así erradicar la violencia en el parto. Para finalizar, mencionar a la matrona como principal profesional que ha comenzado a usar un modelo biopsicosocial que promueve una atención más humanizada, basada en la confianza mutua, en el diálogo y en el empoderamiento y defensa del papel de la mujer como parte activa en la toma de decisiones.

INFRECLENTE PERO INCAPACITANTE: DIÁSTASIS DE LA SÍNFISIS DEL PUBIS EN EL PUERPERIO.

POSTER

Nº 69

AUTORAS: Blanca López Talasac, Encarnación Hernández Torres, Irene Cavero Morales. Hospital " 12 de Octubre" (Madrid)

INTRODUCCIÓN

Durante la gestación la sínfisis del pubis sufre una liguera separación de 2 a 3 mm con el objetivo de facilitar el parto. Mientras que este ensanchamiento se considera fisiológico, se ha definido el límite superior en 10 mm. La diástasis de la sínfisis púbica (SPD) es una complicación poco común en el postparto, la cual, cursa con un marcado carácter incapacitante que perjudica la salud de la mujer durante el puerperio.

OBJETIVO

Conocer el cuadro clínico de diástasis de sínfisis de pubis, permitiendo un diagnóstico y tratamiento precoz durante la etapa del puerperio.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed y UpToDate, con los descriptores Pubic Symphysis diastasis, Pregnancy, Labor y Postpartum, durante 2007-2017.

RESULTADOS

A pesar de desconocer la causa de la SPD atraumática en el parto, la literatura señala diversos factores de riesgo: macrosomía, acortamiento de la segunda etapa del parto o parto precipitado.

Los síntomas pueden aparecer antes, durante o después del parto. Sin embargo, el cuadro clínico se observa generalmente tras el alta hospitalaria. Las manifestaciones incluyen: dolor suprapúbico, sensibilidad, hinchazón y edema con dolor que irradia a piernas, caderas o espalda. El dolor puede verse aumentado con el peso, especialmente al caminar y subir escaleras.

El diagnóstico se realizará principalmente a través de la clínica, pudiendo realizarse estudios de imagen. El tratamiento conservador es la terapia inicial de elección, la cual incluye: el uso de cinturón pélvico, reposo en cama en decúbito lateral, movilización progresiva y analgesia. La reducción de los síntomas en las primeras 6 semanas es el resultado más común, pero puede postergarse hasta 6 meses. La intervención quirúrgica es necesaria en casos severos, con una separación mayor a 4 cm.

CONCLUSIÓN

La SPD en el postparto es una infrecuente pero incapacitante complicación materna. El reconocimiento temprano de esta lesión es crucial para prevenir complicaciones y mejorar los resultados clínicos y funcionales de las pacientes. Las matronas, desde su excepcional situación de acompañamiento a la mujer en la etapa del puerperio, deben conocer y estar alerta ante esta posible complicación.

MAS QUE UNA PROFESIÓN: MATRONAS EN LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX.

POSTER

Nº 70

AUTORAS: Beatriz Díaz Maíllo, María del Carmen Duque Teomiro. Hospital " Virgen de la Salud" (Toledo)

OBJETIVO

- * Revisar el Proceso de profesionalización de la matrona que comienza en el siglo XIX y culmina en las primeras décadas del XX (tránsito de la partera popular a la matrona).
- * Exponer cómo el surgimiento de la Obstetricia como especialidad médica plantea por un lado conflicto con las matronas en tanto que eran potenciales competidoras, y por otro lado la transformación del saber enfermero en saber obstétrico-quirúrgico.
- * Reconocer que el desplazamiento del parto desde el domicilio al Hospital transforma definitivamente el tipo de cuidados prestados y el papel profesional de la Matrona.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica en las principales Bases de datos de Ciencias de la Salud.

RESULTADOS

El papel que las Matronas han desempeñado a lo largo de la historia ha estado íntimamente condicionado por la cultura de la sociedad en la que vivían. La mujer embarazada o de parto gozaba dentro del hogar de los mayores privilegios.

¿Cómo se paría en casa?: El Seguro Obligatorio de Enfermedad SOE sufragaba los gastos del parto a las esposas de todos los trabajadores o a quienes trabajaban por cuenta ajena ellas mismas.

Hace 50 años, una mujer podía no solamente parir donde quisiera, sino también ser asistida por quién quisiera (si el parto era normal).

CONCLUSIONES

Queda reflejada en este trabajo la gran admiración por estas profesionales, cuyo arte se remonta al origen mismo de la humanidad, y cuya razón de ser las hizo superar las más adversas situaciones históricas.

AUTORAS: Clara García Terol , Jessica López Rodero, Marta Díaz Torres. Parc Sanitari Sant Joan de Deu. Sant Boi del Llobregat (Barcelona)

OBJETIVO

Analizar la práctica de las matronas en un hospital comarcal en base a indicadores de calidad y la evidencia disponible.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional prospectivo. En base a unos criterios de inclusión y exclusión se recogieron datos perinatales relativos a los partos atendidos en el centro entre 11/04/16 a 19/08/16. La recogida de la muestra se realizó de forma consecutiva durante el periodo determinado. El instrumento de recogida incluía aspectos como el perfil profesional de quien atendía cada fase del proceso como aspectos clínicos del propio proceso. Este trabajo contribuye al estudio MIDCONBIRTH (ISCTRN14062994).

RESULTADOS

De los 591 partos atendidos en el periodo establecido, 250 casos cumplieron criterios de inclusión, y 72 fueron atendidos por matronas durante todo el proceso de parto con estos resultados perinatales

- Hubo una hemorragia post parto en el 2% de los casos
- Un 1% requirió ingreso en UCI de la madre
- 96% de las madres marcharon de alta sin complicaciones
- En un 99% de los casos el neonato no requirió maniobras de reanimación
- En un 98% de los casos el neonato no requirió ingreso en UCI
- 96% de los neonatos marcharon de alta sin complicaciones
- 29.1% de los mujeres tuvieron un periné íntegro después del parto
- En el 6.9% de los partos se realizó una episiotomía
- 1.3% de incidencia en desgarros de 3º-4º
- Se realizó piel con piel durante las 2 horas posteriores al parto en el 100% de los casos
- Tuvo lugar un inicio precoz de lactancia materna antes de 2 hrs en el 84.7% de los recién nacidos

CONCLUSIONES

La práctica de las matronas cuando actúan como profesionales autónomas y competentes en el cuidado de la mujer durante el trabajo de parto es segura.

Es necesario obtener más series de datos a nivel nacional, distribuidos por estratos de hospitales, para poder establecer comparaciones y aumentar la solidez de las conclusiones.

AUTORES: Pedro Vilches Polaina, Manuel Ratia Ramos, Leticia María Bertos Portal, María Dolores Peinado Valderas. Hospital "Alto Guadalquivir", Andújar (Jaén)

OBJETIVO:

- Describir los factores de riesgo maternos, fetales y obstétricos del OASIS.
- Describir las medidas y estrategias preventivas que con evidencia han demostrado su utilidad en la prevención del OASIS.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica realizada en Enero de 2017 en diferentes buscadores y bases de datos: Google Scholar, Gerión de la BV del SSPA, Cochrane Library, journals@OVID, Pubmed, CUIDEN, Embase y CINAHL. Las palabras clave en inglés y homólogas españolas fueron: *obstetrical anal sphincter injur**, *OASI**, *anus sphincter*, *anus injury*, *third and fourth degree tear**, *risk* factor**, *prevent**, *birth* y *delivery*. Se seleccionaron revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, estudios observacionales y guías de práctica clínica publicados con posterioridad al año 2000 con acceso a texto completo.

RESULTADOS

Entre 53%-79% de las mujeres experimentan algún tipo de lesión perineal durante el parto, siendo la mayor parte desgarros de 1er y 2º grado. Los desgarros perineales severos que afectan al complejo esfinteriano anal, en la literatura anglosajona denominados OASIS (*Obstetric Anal Sphincter Injuries*), son mucho menos comunes. La incidencia en UK es de 2.9%, siendo un 6.1% en primíparas vs 1.7% en múltiparas. Estadísticas en EEUU partos entre 1998–2010 reportan tasas de un 3.3% de D-III y de 1.1% de D-IV. En nuestro país según datos de 2012 del "Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el SNS", la prevalencia total de D-III y D-IV está en 2.4%. Las mujeres que han sufrido un OASIS pueden desarrollar complicaciones a corto plazo tales como infección perineal, dehiscencia de la sutura, necesidad de reparación subsecuente y dolor, así como complicaciones a largo plazo las cuales afectan muy negativamente a la calidad de vida de la mujer. Entre estas se encuentran: dolor pélvico y perineal, dispareunia, incontinencia urinaria, prolapso pélvico, fistulas rectovaginales, disfunción anorrectal (*urgencia defecatoria, incontinencia de heces y/o gases*) y riesgo de recurrencia de OASIS en siguientes partos (3-4 veces más). Dada la gran repercusión en la esfera social, psicológica y emocional de estas complicaciones, es de vital importancia la **identificación de los factores y grupos de riesgo** que puedan orientar su correcto diagnóstico, así como disminuir su incidencia mediante la **puesta en marcha de estrategias preventivas**.

Entre los **Factores de Riesgo (FR) para OASIS** se encuentran: **FR Maternos:** **OASIS en parto anterior** (OR 5.18–5.86), **nuliparidad** (RR 5.40-8.99), **mujeres asiáticas** (OR 2.14-2.41), **infibulación** (OR 1.8-2.7), **madre y hermana de la gestante** que hayan sufrido OASIS (RR 1.6-2.3 y RR 1.6–1.7 respectivamente), **diabetes materna** (OR 1.2-1.4) y **edad > 35** (OR 1.1). Entre los **FR Fetales:** **Peso fetal > 4000 gr** (OR 2.2-3.0), **malpresentación** (OR 2.0), **posición occipito posterior** (Parto espontaneo OR 2.0; Instrumental OR 4.7), **postérmino** (OR 1.1-2.5), **distrés fetal** (OR 1.3). Los **FR Obstétricos** son: **Parto instrumental:** ventosa sin episiotomía (OR 1.74-2.05), ventosa con episiotomía (OR 0.51-0.63), fórceps sin episiotomía (OR 5.57–7.64), fórceps con episiotomía (OR 1.21-1.49), **episiotomía:** media (OR 2.3 -5.5), medio lateral (OR 0.21), **distocia de hombros** (OR 1.72-2.08), **prolongación 2ª etapa del parto:** duración entre 2 y 3 horas (RR 1.20–1.79), duración entre 3 y 4 horas (RR 1.43–2.22), duración más de 4 horas (RR 1.62–2.51), **inducción de parto** (OR 1.02-1.14), **estimulación oxitócica** (OR 1.56-2.44), **analgesia epidural** (OR 1.66-2.32), **parto vaginal en cesárea anterior** (OR 1.4-5.5).

Entre las **intervenciones** que se han propuesto y evaluado en la literatura en un esfuerzo por **reducir el**

trauma perineal severo se encuentran:

- ✓ **Compresas calientes:** Según una revisión Cochrane, la aplicación en expulsivo de compresas calientes en periné durante y entre las contracciones reducen significativamente el OASIS (0.28-0.84), aunque no incrementan la tasa de periné íntegro (RR 0.86-1.26).
- ✓ **Masaje perineal prenatal:** Un meta-análisis Cochrane de 4 ensayos con 2497 mujeres concluyó que el masaje perineal durante el último mes reduce significativamente el trauma perineal que requiere sutura (RR 0.86-0.96), el número de mujeres que requieren episiotomía (RR 0.74-0.95), aunque no reduce significativamente los D-III ni D-IV (RR 0.56-1.18).
- ✓ **Masaje perineal intraparto:** Un meta-análisis sobre 2 ensayos (2,147 mujeres) encontró que el masaje perineal en el expulsivo reduce los D-III y D-IV comparado con ningún soporte o protección perineal (RR 0.29-0.94), pero no observó asociación en la tasa de partos con periné íntegro.
- ✓ **Control del pujo:** Enlentecer la salida de la cabeza e instruyendo a la mujer para que no empuje activamente y usando solo el esfuerzo expulsivo de la contracción, disminuye la incidencia de OASIS entre un 50%-70% como muestran estudios multicéntricos en Noruega.
- ✓ **Protección perineal:** Las protección perineal es una prácticas común en la asistencia al parto y es descrita de formas varias en la literatura. Entre estas están las técnicas de flexión y la maniobra de Ritgen. En un meta-análisis de 2015 que evaluaba el efecto de la protección perineal, 3 ECA (6647 mujeres) no demostraron efecto en el riesgo de OASIS (RR 0.32-3.36), mientras que 3 estudios no randomizados (74,744 mujeres) mostraron una reducción significativa en el riesgo de OASIS (RR 0.40-0.50). Aún así, las técnicas de protección perineal no fueron bien descritas, lo que hace difícil juzgar la calidad de la intervención por lo que la evidencia actual es insuficiente para recomendar una práctica específica.
- ✓ **Postura materna en expulsivo:** Mientras que la postura de rodillas vs postura sentada no tiene impacto en la tasa de OASIS, una posición de pie (vertical sin apoyo de nalgas, cuclillas, arrodillamiento), vs posición sentada (vertical pero apoyo de tuberosidades isquiáticas, con o sin apoyo sacro), puede aumentar el riesgo de OASIS, como muestra un análisis retrospectivo de 814 mujeres (650 de pie, 264 sentadas) en el que las mujeres de pie durante el parto tuvieron un aumento de casi 7 veces de OASIS (2,5% vs.0,38%). Un ECA de 2012 comparando el método tradicional de asistencia (sin fase pasiva expulsiva, segunda fase activa en la litotomía dorsal) versus método "alternativo" (segunda etapa pasiva hasta aparición de deseo fuerte de pujo o 120 min, y la segunda fase activa en el posición lateral de "Gasquet"), no mostró diferencias en la tasa de OASIS.
- ✓ **Episiotomía:** La evidencia que la episiotomía previene el OASIS y/o incontinencia anal es conflictiva. Estadísticas hospitalarias han demostrado que la episiotomía está asociada con un riesgo más bajo de OASIS. Algunos estudios han demostrado un efecto protector, mientras que otros no lo han hecho. Sin embargo, existe evidencia de que la episiotomía medio lateral debe realizarse con partos instrumentales, ya que parece tener un efecto protector sobre OASIS. El NICE recomienda un ángulo de 45-60 grados desde la línea media, sin embargo, un estudio prospectivo de Kalis et al. sugiere que un ángulo de sutura resultante de 40-60 grados es más importante que el ángulo de incisión de 45-60 grados.

AUTORAS: Ana Isabel Huertas Castillo, Olga Lozano Martínez, Elena Cortés Fernández, Esther Domínguez Solís, Almudena Morales Naranjo, Cristina Anguita Cámara. Hospital Materno Infantil (Málaga)

INTRODUCCIÓN

La inhibición de la lactancia materna (LM) es debida en ocasiones a razones médicas (HIV, adicción a drogas, infección por el virus de la leucemia humana de células, galactosemia en el recién nacido, gran prematuridad), y en otras, por deseo materno de no amamantar. Para la matrona uno de sus principales campos de trabajo es la LM, y como profesionales tienen que estar formadas para que en dicha situación tener la información y los recursos necesarios para ayudar a estas mujeres tanto en la inhibición en si, como en la lactancia artificial. Dentro de la información que la matrona debe conocer es el tratamiento farmacológico (carbegolina y bromocriptina) y los efectos adversos de estos.

OBJETIVO

Conocer las últimas recomendaciones acerca del tratamiento farmacológico y no farmacológico en la inhibición de la LM.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un búsqueda bibliográfica en las bases de datos de PubMed, Medline, Embase y Cochrane, seleccionando artículos posteriores al año 2010. El idioma utilizado para la búsqueda fue inglés, francés y español. Descriptores: lactancia materna, inhibición lactancia materna, bromocriptina, carbegolina, efectos adversos. Además se consultaron guías de práctica clínica.

RESULTADOS

Se realizó una lectura crítica obteniéndose que no existe evidencia científica en los métodos de inhibición no farmacológicos (vendaje compresivo mamario, restricción hídrica, dieta hiposódica y diuréticos), pero aparecen como recomendación en diferentes guías de práctica clínica y protocolos.

En cuanto al tratamiento farmacológico, el que se ha venido utilizando desde más anterioridad es la bromocriptina, un tratamiento de larga duración (14 días), con efecto limitado, que en el momento de dejar de tomarlo en algunas ocasiones se producía lactancia de rebote. Se comprobó que con este fármaco se habían producido efectos adversos graves como HTA, infarto de miocardio, derrame cerebral, alucinaciones o convulsiones. En EEUU en 1994 se retira la autorización del uso de este fármaco. En cambio, a nivel europeo es en 2014 a través del Grupo de Coordinación de los Procedimientos de Reconocimiento Mutuo y Descentralizados – Medicamentos Humanos restringe su uso a indicaciones médicas, excluyendo aquellas mujeres que tengan algún factor de riesgo cardiovascular, neurológico o psiquiátrico.

El fármaco actual utilizado de forma más extendida es la carbegolina, de dosis única y efecto muy prolongado, el cual produce efectos secundarios que se deben tener en cuenta como son náuseas, estreñimiento, cefalea e hipotensión entre otros.

CONCLUSIONES

- No se debe prescribir de forma sistemática medicación en aquellas mujeres que no desean lactar.
- En los casos que se prescriba tratamiento farmacológico, siempre hay que informar de los posibles efectos secundarios.
- Las investigaciones sobre el tratamiento para la inhibición de la LM no son homogéneos, no existiendo una estrategia universal.
- Es recomendable la realización de más estudios, con el fin de encontrar un criterio unificado, que sea el más correcto para la disminución de los efectos adversos en la mujer.



XVIII CONGRESO NACIONAL DE
MATRONAS
25-27 MAYO 2017 MÁLAGA



PROGRAMA CONGRESO

XVIII CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS

AQUÍ Y AHORA DE LAS MATRONAS ESPAÑOLAS



Sede:

Hotel Barceló Málaga
Héroe de Sostoa, 2
Estación AVE María Zambrano



MÁLAGA, 25 - 27 MAYO 2017

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

1,7 CRÉDITOS

Bienvenida de la Presidenta

Estimados colegas:

Bajo el lema "Aquí y ahora las matronas españolas" pretendemos encontrarnos con matronas de toda España para reflexionar sobre el presente y futuro de la profesión, sobre la voluntad, la superación de dificultades, el esfuerzo y la tenacidad demostrada por el colectivo para ofrecer a la sociedad una atención de máxima calidad; pero también la capacidad de innovar en nuestro campo de actuación.

Las matronas como profesionales de la salud debemos proveer a nuestras mujeres de cuidados de excelencia a lo largo de todo su ciclo reproductivo.

En este encuentro científico se debatirán distintas visiones de la labor asistencial, docente e investigadora tanto en el entorno de Atención Primaria como en Atención Hospitalaria y además veremos el estado de las Unidades Docentes de Matronas en la actualidad.

Tanto la Junta Directiva de la Asociación como los Comités Científico y Organizador, hemos diseñado un programa con temas de actualidad que además de ponernos al día también nos permita compartir experiencias profesionales.

Hemos querido, previo al inicio del Congreso, ofertar talleres donde los profesionales puedan aprender o recordar técnicas que son valorables y necesarias para el desarrollo profesional.

Para los miembros locales de la organización del congreso, es un orgullo ser profetas de nuestra tierra, contar con tu presencia y dar a conocer Málaga a nuestros compañeros del resto de España.

Málaga tiene arraigadas tradiciones por el paso de todas las civilizaciones que la han habitado, sus restos se dejan notar en la Alcazaba, el Teatro Romano, la Judería o el Cementerio Inglés y el renacer de una ciudad moderna y actual que recibe a los foráneos con los brazos abiertos. Málaga es alegre y genial, por ello te invitamos a descubrirla o a reencontrarla.

El Congreso lo celebramos en el hotel Barceló, un escenario agradable y moderno, en el centro de Málaga junto a la estación del tren, muy bien comunicada por carretera o por avión.

Deseamos que el esfuerzo que habéis realizado para poder asistir al XVIII Congreso Nacional de Matronas resulte compensado.

Esperamos con ilusión que vuestra estancia sea inolvidable, con la seguridad de que os sentiréis como en casa y con la esperanza de que disfrutéis de unos días muy felices y llenos de contenido en nuestra ciudad.

En nombre de la Asociación Española de Matronas y de los Comités Organizadores del Congreso os doy la bienvenida!

Trinidad Ramos Rodríguez
*Presidenta del
XVIII Congreso Nacional
de Matronas*

Invitado de Honor

Excmo. Sr. D. Francisco de la Torre Prados.
Alcalde de Málaga.

Comités

Comité Organizador

Presidenta

Trinidad Ramos Rodríguez

Vocales

Ana María López Molina

Andrea Herrero Reyes

Ángela Torres Díaz

Javier Oliva García

Lucia Moya Ruiz

Montserrat Angulo Perea

Pilar Medina Adán

Rosario Sánchez Garzón

Comité Científico

Presidenta

Rosa M^a Plata Quintanilla

Vocales

Ana M^a Martínez Molina

Carmen Molinero Fraguas

Carmen Navarro Jiménez

Isabel Castello López

José Manuel Ruiz Plaza

Juana Macias Seda

M^a Dolores Viñas Álvarez

Rosa Blanca Avellaned Jiménez

Directora del Congreso

M^a Ángeles Rodríguez Rozalén.

PROGRAMA DEL XVIII CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS
Málaga 25, 26 y 27 de Mayo de 2017

Jueves, 25 de Mayo de 2017 - Mañana

Desde las 09:00h. ACREDITACIÓN DE CONGRESISTAS.
SECRETARIA DEL CONGRESO. HOTEL BARCELÓ MÁLAGA.

10:00 a 14:00h. SESIÓN DE TALLERES: SERCOTEL

TALLER I: RCP NEONATAL ACTUALIZACIÓN

Imparte: Dr. D. Manuel José Vicente Martín.
Pediatra. Neonatólogo.
Diplomado RCP Avanzada pediátrica y neonatal.

**TALLER II: PROGRAMA DEL TALLER DE SUTURA CONTÍNUA:
"UN HILO, UN NUDO"**

Imparten: Dña. M^a Asunción Obiol Saiz.
Dña Sandra Atienza Ramírez.
Dña. Francisca Berenguer Gabarda.
Matronas.
Hospital Dr. Peset, Valencia.

TALLER III: ECOLOGÍA DE LA MATERNIDAD.

Imparte: Dña. Rosario Martín Alcaide.
Matrona (Socióloga. Logopeda).

**TALLER IV: ÓXIDO NITROSO/OXÍGENO: UN EFECTO
ANALGÉSICO DE RÁPIDA APARICIÓN Y DE
DURACIÓN LIMITADA.**

Imparte: Dña. Beatriz Astondoa Fernández.
Matrona.

Jueves, 25 de Mayo de 2017 - Tarde

16:00h. ACTO INAUGURAL DEL XVIII CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS.

16:30h. Conferencia Inaugural: Alcance de la epigenética en la vida de las personas.

Profesor D. Salvador Martínez Pérez.
Director del Instituto de Neurociencias UMH-CSIC.

MISCELÁNEA

Moderan: Dña. Carmen Molinero Fraguas.
Dña. Dolores Pozo Cano.

17:30h Morbilidad neonatal y en la infancia relacionada con problemas obstétricos-neonatales.

Dr. D. Enrique Salguero García.
Jefe Servicio Neonatología.
Hospital Regional de Málaga.

18:00h. Nutrición y alimentación preconcepcional: hábitos saludables en la mujer.

Dr. D. Tirso Pérez Molina.
Jefe de Servicio. Hospital Puerta de Hierro de Madrid.
Vicepresidente de la SEGO.

18:30h. Violencia de género y mutilación femenina.

Dña. Andrea Herrero Reyes y Dña. Maria Fontán Azpeitia.
Matronas, Madrid

Jueves, 25 de Mayo de 2017 - Tarde

19:00h.

**Empatía, transferencias, contratransferencias en la relación
matrona gestante.**

D. Ricardo Olabegoya Estrela.

*Coach Certificado Internacional e Instructor de Firewalking,
Formador de Formadores y Analista Conductual DISC.*

19:40h.

RUEGOS Y PREGUNTAS

20:30h.

COCKTAIL DE BIENVENIDA A LOS CONGRESISTAS. SERCOTEL.

Viernes, 26 de Mayo de 2017 - Mañana

08:30h. SESIÓN DE COMUNICACIONES

Moderan: D. José Ruiz Plaza.
Dña. Juana Macias Seda.

08:30h. Vitamina C y rotura prematura de membranas.

Sara Reyes Jiménez, Eva María Ortega Ballesteros y Laura Giraldo Valls.
Hospital Reina Sofía, Córdoba.

08:40h. Variabilidad de la gasometría arterial de cordón umbilical según el tiempo transcurrido antes de su análisis.

Patricia Guillén Guzmán, Noelia Carmen Planells Domingo, Silvia Navarro Hernández, Sonia Carratala Navarro y Juan Antonio Torres Martínez.
Hospital Lluís Alcanyís Xàtiva, Valencia.

08:50h. Abordaje de la atención a las víctimas de trata de personas con fines de prostitución forzada en una consulta de matrona.

María Martínez Pascual, Eva Martínez Travé, Lourdes Salgueda Serrat, Ramón Escuriet Peiró Araceli Santamaría Mifsut.
ASSIR Alt Empordà. Hospital de Figueres, Gerona.

09:00h. La fertilidad en el siglo XI según Trótula.

María Garrido Romero, M^a Consuelo Cepeda Hontecillas y Ana Juliá Gisbert.
Hospital General Universitario, Valencia.

Viernes, 26 de Mayo de 2017 - Mañana

- 09:10h.** Los cuidados no realizados y su repercusión en la salud de madres y niños cuando las plantillas de matronas se reducen.
Ángela Torres Díaz, Cristóbal Rengel Díaz, Trinidad Ramos Rodríguez, Ana María López Molina, J. Javier Oliva García y Inmaculada Cubillas Rodríguez.
Hospital Materno-Infantil, Málaga.
- 09:20h.** Modificaciones en constantes hemodinámicas y calidad de vida en mujeres embarazadas que siguen un programa de actividad física en el medio acuático (PAFMAE), con inmersión hasta el cuello.
Juana María Vázquez Lara y Luciano Rodríguez Díaz.
Hospital Universitario de Ceuta, Ceuta.
- 09:30h.** Efectos de un programa de actividad física en la gestante mediante el método pilates.
Luciano Rodríguez Díaz, Rocío Palomo Gómez, Juana M^a Vázquez Lara y Gema Torres Luque.
Hospital Universitario Ceuta, Ceuta.

09:40h. RUEGOS Y PREGUNTAS

- 09:50** ESPACIO AMREF.
Dña. Josefa J. Calero.

Viernes, 26 de Mayo de 2017 - Mañana

10:00 a 11:30h. MESA REDONDA: Estado actual de las Unidades Docentes

Moderan: Dña. M^a Ángeles Rodríguez Rozalen.
Dña. Carmen Molinero Fraguas.
Presidenta de la Comisión Nacional de Matronas.
Dña. M^a del Carmen Navarro Jiménez.
Dña. Rosa Blanca Avellaned.
D. Juan Carlos Higuero Macías.
Coordinador de la UD. de Matronas de Málaga.

DEBATE

PAUSA CAFÉ

12:00 a 14:00h. EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR.

Moderan: Dña. Montserrat Angulo Perea.
D. Javier García Oliva.

12:00h. Malos resultados durante la práctica Obstétrica/Neonatal. Riesgos de demandas. ¿Qué se debe hacer?.

Dr. D. Andrés Carlos López.
Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología del *Hospital Quirón, Málaga.*

12:30h. Aspectos deontológicos en la actividad de las matronas.

Dña. M^a Isabel Castelló López.
Presidenta de la Comisión Deontológica del CECOVA, Valencia.

13:00h. Situación actual de las demandas a las matronas.

D. Alberto Ortega Pérez.
Abogado, Madrid.

13:30h. RUEGOS Y PREGUNTAS

Viernes, 26 de Mayo de 2017 - Tarde

16:00h. SESIÓN DE COMUNICACIONES

Moderan: Dña. Carmen Navarro Jiménez.
Dña. Dolores Viñas Álvarez.

16:00h. Adaptación transcultural y validación del cuestionario WIJMA DELIVERY EXPECTANCY / QUESTIONNAIRE VERSION A y B sobre miedo antes y después del parto: protocolo del estudio.

María Garrido López, Cristina Roldán Jiménez, Eloísa Fernández Ordóñez y Antonio Cuesta Vargas.

Distrito Sanitario Málaga

C.S. Delicias y C.S. San Andrés del Torcal, Málaga.

16:10h. Programa de abordaje integral de la salud sexual y reproductiva y las relaciones interpersonales en la adolescencia.

Victoriano González Trujillo, Zoraida de la Rosa Várez, M^a Teresa Rivas Castillo, César Font Moreno, Miguel Ángel Barnés Torrente, y Milagros Purificación Guillén González.

Gerencia de Atención Integrada.

Gerencia Atención Integral, Alcázar de San Juan, Ciudad Real.

16:20h. Comparación de pinzamiento precoz de cordón umbilical frente al tardío para la donación de sangre de cordón umbilical.

Alba Diez Ibarbia, Estefanía Moreno Román, Paula Sáenz Cabredo, y Diana Lobo Revilla.

Hospital San Pedro, Logroño - La Rioja.

16:30h. Índice de masa corporal y su relación con la patología obstétrica.

Zoraida de la Rosa Várez, María Teresa. Rivas Castillo, y Victoriano González Trujillo.

Centros de Salud de Pinos Puente e Íllora, Granada.

Viernes, 26 de Mayo de 2017 - Tarde

16:40 RUEGOS Y PREGUNTAS

17:00 a 20:00h. MATRONAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Moderan: Dña. Benita Martínez García.
Dña. Ángela Torres Díaz

17:00h. La consulta preconcepcional de la matrona en Atención Primaria.

Dña. Pilar Medina Adán.
Matrona, Madrid.

17:20h. Mastitis y abuso de probióticos.

Dña. Lucía Moya Ruiz.
Matrona, Madrid.

RUEGOS Y PREGUNTAS

18:00h. PAUSA CAFÉ

18:20h. Rol de la matrona en el abordaje de las disfunciones de suelo pélvico. Actualización y utilidad de los dispositivos intravaginales.

Dña. Isabel Manzano Alonso.
Presidenta APMEX.

Dña. Henar García Muñoz.
Matrona, Plasencia.

Viernes, 26 de Mayo de 2017 - Tarde

18:50h.

Últimos avances en el manejo de las infecciones vaginales: identificación, tratamiento y prevención.

Dña. M^a Victoria Cambredó.

Matrona. Coordinadora del ASSIR de Sabadell.

19:20h.

Desarrollo de las competencias de las matronas en Andalucía.

Dña. Carmen Rodríguez Soto.

Presidenta de la Asociación Andaluza de Matronas.

RUEGOS Y PREGUNTAS

21:30

CENA DEL CONGRESO.

Museo Automovilístico de Málaga.

Avda. Sor Teresa Prat, 15.



Sábado, 27 de Mayo de 2017 - Mañana

TERAPIAS ALTERNATIVAS

Moderan: Dña. Isabel Manzano Alonso.
Presidenta de APMEX

Dña. Ana M^a López Molina.

09:00h.

Desprogramación de la memoria prenatal.

Dña. M^a José Aguilar.

Matrona. Terapeuta sacrocraneal y Máster de Medicina Psicosomática, Granada.

09:30h.

El Insomnio en la profesión sanitaria. Factores de riesgo y consejos para su prevención.

D. Tomás Zamora.

Doctor Ingeniero, Especializado en Ingeniería Biomédica.

10:00h.

Problemas de succión y pares craneales.

D. Raúl Guzmán Moro.

Osteópata, Madrid.

10:30h.

RUEGOS Y PREGUNTAS

PAUSA CAFÉ

Sábado, 27 de Mayo de 2017 - Mañana

ACTUALIDAD OBSTÉTRICA.

Moderan: Dña. Sofía Gotor Colas.
Dña. Isabel Castelló López.

11:20h. El manejo farmacológico de la maduración/inducción de parto (misoprostol vs dinoprostona).

Dña. Eva Arconada Sans.
Matrona. Castellón.

11:50h. Avances en diagnóstico prenatal.

Dr. D. Daniel Abehsera Davó.
*Coordinador del Servicio de Obstetricia y Ginecología
del Hospital Quirón, Málaga*

12:20h. ¿Cuál es el límite en la duración de un parto?

Dña. Rosa M^a Plata Quintanilla.
Presidenta de la Asociación Española de Matronas.

13:10h. RUEGOS Y PREGUNTAS

13:20h. Lectura de Conclusiones del Congreso.

Dña. Rosario Sánchez Garzón.
Secretaria de la Asociación Española de Matronas.

Entrega de premio Mejor comunicación.

Entrega de premio a Mejor Poster.

Presentación del XIX Congreso Nacional de Matronas.

CLAUSURA DEL CONGRESO

Importante

El XVIII Congreso Nacional de Matronas ha sido acreditado por la Comisión de Formación Continuada con 1,7 créditos como actividad presencial.

Para obtener el correspondiente certificado de los mismos, será necesaria la asistencia al programa científico, al menos, el 90% de la duración total.

El control presencial se realiza mediante la lectura de su tarjeta identificativa que ha sido personalizada mediante chip legible por un receptor de radiofrecuencia.

Es imprescindible el uso continuo de su tarjeta identificativa.

POSTERES

- 1. ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LA DEBILIDAD DEL SUELO PÉLVICO TRAS EL PARTO.**
Patricia Vico Arias, Elena Ruíz Garrido y, Ana Isabel Molina Medina.
Hospital Santa Ana, Motril, Granada.
- 2. EXCITACIÓN SEXUAL DE LA MUJER DURANTE EL POSPARTO. ESTUDIO OBSERVACIONAL.**
María Garrido López y Laura Moreno Mira.
Distrito Sanitario. C.S. Las Delicias y C.S. San Andrés del Torcal, Málaga.
- 3. VALORACIÓN FUNCIONAL DEL SUELO PÉLVICO EN EL POSPARTO Y FACTORES DE RIESGO Y PREVALENCIA DE SU PATOLOGÍA.**
Victoriano González Trujillo, M^a Teresa Rivas Castillo, Zoraida de la Rosa Várez y Milagros Purificación Guillén González.
G.A.I. Alcázar de San Juan, Ciudad Real.
- 4. REPERCUSIONES OBSTÉTRICAS DEL ACOMPAÑAMIENTO MATERNO DURANTE EL PARTO.**
Elena Ruíz Garrido, Patricia Vico Arias y Ana Isabel Molina Medina.
Hospital Santa Ana, Motril, Granada.
- 5. ANTICONCEPCIÓN TRAS EL PARTO. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN Y MÉTODOS.**
Elena Ruíz Garrido, Patricia Vico Arias y Ana Isabel Molina Medina.
Hospital Santa Ana, Motril, Granada,

- 6. VIOLENCIA DE GÉNERO: REALIDAD OCULTA BAJO UNA MALA CODIFICACIÓN.**
Miguel Ángel Miranda Arce, María Martínez Pascual, Irene Caldero Bazarot y María Moreno Jurado.
Hospital de Figueres. Fundació Salut Empordà, Gerona.
- 7. IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE CONTACTO PIEL CON PIEL EN CESÁREAS.**
Soraya Varona Iglesias y M^a Jesús Barcenilla Domingo.
Hospital Comarcal de Laredo, Cantabria.
- 8. ATENCIÓN DE LA MATRONA EN EL DUELO POR LA MUERTE PERINATAL, EN EL HOSPITAL SAN PEDRO, LOGROÑO.**
Paula Sáenz Cabredo, Alba Diez Ibarbia, Estefanía Moreno Román y Diana Lobo Revilla.
Hospital San Pedro, Logroño, La Rioja.
- 9. COMPARATIVA DE LOS PARTOS DE LAS MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS QUE DIERON A LUZ EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA LOS AÑOS 2011/2016.**
Amaia Intxausti Martínez, Saioa Galdós Masip, Gala Arnal Ribera y Lur Zubiaga Arana.
Hospital Universitario Donostia, Guipúzcoa.
- 10. EL CONTACTO PIEL CON PIEL DURANTE LAS CESÁREAS MEJORA LAS TASAS DE LACTANCIA MATERNA?.**
M^a Jesús Barcenilla Domingo y M^a Ruiz Caballero.
Hospital Comarcal de Laredo, Cantabria.
- 11. VISITA GUIADA AL PARITORIO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA SOFÍA.**
M^a Victoria del Castillo Serrano, Noelia Herranz Márquez y Patricia García Merchán.
Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid.
- 12. EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO TRAS LA PÉRDIDA GESTACIONAL.**
Eloísa Fernández Ordóñez, Irene García Giner, Víctor Romero Domínguez, Isabel M^a Acedo García, Laura Ruiz Lozano y Cristóbal Rengel Díaz.
Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.
- 13. DETECCIÓN Y MANEJO DEL HEMATOMA VULVOVAGINAL POSTPARTO. A PROPÓSITO DE UN CASO.**
María Teresa Rivas Castillo, Zoraida De la Rosa Várez y Victoriano González Trujillo.
C.S. de Motrill Este y San Antonio, Granada.

14. ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA EFICACIA DE TALLERES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO SAN DANIEL DE CEUTA.

Paula Díaz Lozano, M^a Isabel de Dios Pérez, Belén Rojas Carmona, Juan Francisco Ramos Rivera, Luciano Rodríguez Díaz y Juana M^a Vázquez Lara.

Hospital Universitario de Ceuta, Ceuta.

15. MATRONA EN MEDIO ESCOLAR, UNA ESTRATEGIA PARA MEJORAR INDICADORES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA POBLACIÓN INFANTO JUVENIL.

Ingrid Vargas Stevenson y Paulina López Orellana.

Escuela de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Valparaíso, Chile.

16. VISITA GUIADA A PARITORIO PARA EMBARAZADAS EN EL ÚLTIMO TRIMESTRE DE GESTACIÓN Y SUS BENEFICIOS.

M^a del Mar Romero López y Manuel Borrego Vera.

Hospital Torrecárdenas, Almería.

17. PREDICCIÓN DE LA MACROSOMÍA CON LOS CRITERIOS ACTUALES.

M^a Carmen Jaso Santafé, Juan Acosta Díez y Angels Viñals Gutiérrez.

Hospital General de Catalunya, Barcelona.

18. MALETÍN DE PARTOS DE UNA MATRONA EN LA VALENCIA DE 1900.

María Consuelo Cepeda Hontecillas, María Garrido Romero y Raquel Hervás Ayala.

Consortio Hospital General Universitario, Valencia.

19. INYECCIÓN INTRAUMBILICAL DE FÁRMACOS UTEROTÓNICOS COMO TRATAMIENTO DE LA PLACENTA RETENIDA.

Olga Madera Ferreiro, Fátima Hidalgo Higuera, Mélody Ortega Cobo, María de la Paz Amate Teva, Rocío Martínez Yébenes y Lidia Cantero Muñoz.

Hospital Materno-Infantil, Jaén.

20. EFICACIA DEL USO DE DINOPROSTONA EN LA PREINDUCCIÓN DE PARTO EN GESTANTES PRIMÍPARAS CON EVP.

Nazaret Ferrer Sánchez y Manuel Borrego Vera.

Hospital Torrecárdenas, Almería.

21. ATENCIÓN INTEGRAL HOSPITALARIA EN LA ASISTENCIA AL PARTO.

Manuel Ratia Ramos, Pedro Vilches Polaina, Sonia Rodríguez Cano y Francisco Javier Ruiz Peregrina.

Hospital Alto Guadalquivir, Andújar, Jaén.

- 22. VERSIÓN CEFÁLICA EXTERNA. RESULTADOS EN EL HOSPITAL COSTA DEL SOL. PAPEL DE LA MATRONA.**

Laura Ruiz Lozano, Irene García Giner.
Hospital Costa del Sol, Málaga.
- 23. TRABAJO TRANSVERSAL EN LAS ALTAS PRECOCES EN LA REGIÓN EN LA REGIÓN DEL ALT EMPORDÀ.**

Eva Martínez Travé María Martínez Pascual.
Hospital de Figueres, Gerona.
- 24. INFLUENCIA DE DIVERSOS FACTORES PERINATALES EN LA INSTAURACIÓN DE LA MICROBIOTA INTESTINAL DEL RECIÉN NACIDO.**

Lur Zubiaga Arana, Gala Arnal Ribera, Amaia Intxausti Martínez y Saioa Galdós Masip.
Hospital Universitario Donostia, Guipúzcoa.
- 25. OPINIONES RESPECTO A LA EDUCACIÓN SEXUAL QUE TIENEN APODERADOS Y PROFESORES DE ADOLESCENTES ENTRE 15 Y 19 AÑOS DE ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES MUNICIPALES DE LA COMUNA DE VALPARAISO.**

Ingrid Vargas Stevenson.
Escuela de Obstetricia y Puericultura Universidad de Valparaiso, Chile.
- 26. EFECTIVIDAD DE LAS DIFERENTES INTERVENCIONES EN EL CUIDADO DEL CORDÓN UMBILICAL EN EL RECIÉN NACIDO.**

María del Pilar Cazalilla López, Fátima Hidalgo Higuera, Mélody Ortega Cobo, María de la Paz Amate Teva, Rocío Martínez Yébenes y Lidia Cantero Muñoz.
Complejo Hospitalario, Jaén.
- 27. MANEJO Y AUTOCUIDADO DE LA LUMBALGIA Y DOLOR PÉLVICO EN EL EMBARAZO.**

María Teresa. Rivas Castillo, Zoraida de La Rosa Várez y Victoriano González Trujillo.
Centros de Salud Motril Este y San Antonio, Granada.
- 28. TRASTORNO DE DOLOR GENITO PÉLVICO POR PENETRACIÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Belén Rojas Carmona, Paula Díaz Lozano y M^a Isabel de Dios Pérez.
Hospital Universitario, Ceuta.

29. **SINTOMAS DE DUELO EN EL EMBARAZO POSTERIOR A UNA PERDIDA GESTACIONAL.**
Eloísa Fernández Ordóñez, Laura Ruiz Lozano, Irene Amaya Amaya, Isabel M^a Acedo García, Irene García Giner y Cristóbal Rengel Díaz.
Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.
30. **FUNDAMENTOS PARA LA CREACIÓN DE UNA COMUNIDAD DE PRÁCTICA VIRTUAL PREPARTO Y PARTO EN LA ESCUELA DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA DE LA UNIVERSIDAD DE VALPARAISO.**
Claudia Gutiérrez Mella, Anna Escofet Roig.
Escuela de Obstetricia y Puericultura Universidad de Valparaiso, Chile.
31. **DETECCIÓN PRECOZ DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO RELACIONADO CON EL PARTO PARA LA PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN PUERPERAL.**
Beatriz Valverde Melero, María Teresa Zubillaga Sigüero y Francisca María Escarpa Araque.
Hospital Sanitas La Moraleja, Madrid.
32. **ABORDAJE DE LA MASTITIS LACTACIONAL.**
Alina Carnero Quintana, Esmeralda Agra Guerra, Esther Callejas Galindo, Emma García Rodríguez y María Sánchez Díez.
Hospital Universitario Rio Hortega, Valladolid.
33. **REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE EL USO DEL ÓXIDO NITROSO EN MUJERES EN TRABAJO DE PARTO.**
Alba Díez Ibarbia, Estefanía Moreno Román, Diana Lobo Revilla y Paula Sáenz Cabredo.
Hospital San Pedro, Logroño, La Rioja.
34. **RELACTACIÓN Y LACTANCIA INDUCIDA.**
María del Pilar Cazalilla López, Olga Madera Ferreiro, Fátima Hidalgo Higuera, Mélody Ortega Cobo, María de la Paz Amate Teva y Rocío Martínez Yébenes.
Complejo Hospitalario, Jaén.
35. **BENEFICIOS DE LA VITAMINA D DURANTE EL EMBARAZO.**
Sara Reyes Jiménez, Laura Giraldo Valls y Eva María Ortega Ballesteros.
Hospital Reina Sofía, Córdoba.

36. MATRONA GESTORA DE CASOS DE VIOLENCIA EN EL PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA COMARCA DEL ALT EMPORDÀ.

María Martínez Pascual, Eva Martínez Travé, Ramón Escuriet Peiró, Ericka Mendoza Dileo y Miguel Ángel Miranda Arce.

Hospital de Figueres, Gerona.

37. PINZAMIENTO TARDÍO DEL CORDÓN UMBILICAL.

Esmeralda Agra Guerra, Esther Calleja Galindo, Alina Carnero Quintana, Emma García Rodríguez y María Sánchez Díez.

Hospital Universitario Rio Hortega, Valladolid.

38. PREVENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA INFECCIÓN DE VIRUS ZIKA DESDE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA MATRONA.

Esther Calleja Galindo, Esmeralda Agra Guerra, Alina Carnero Quintana, Enma García Rodríguez y María Sánchez Díez.

Hospital Rio Hortega, Valladolid.

39. ELEGIR EL NÚMERO DE REGLAS ANUALES, ¿ES EL FUTURO DE LA ANTICONCEPCIÓN?

Estefanía Moreno Román, Diana Lobo Revilla, Paula Sáenz Cabredo y Alba Díez Ibarbia.

Hospital San Pedro, Logroño, La Rioja.

40. EFICACIA ANALGÉSICA DE LA LACTANCIA MATERNA EN PROCEDIMIENTOS DOLOROSOS FRENTE A OTROS MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS Y ANESTÉSICOS TÓPICOS EN NIÑOS LACTANTES.

Lur Zubiaga Arana, Saioa Galdós Masip, Gala Arnal Ribera y Amaia Intxausti Martínez.

Hospital Universitario de Donostia, Guipúzcoa.

41. BENEFICIOS DEL CONSUMO DE CANELA EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS DE EMBARAZO PARA DISMINUIR LA INCIDENCIA DE INDUCCIONES DE PARTO.

Rocío Palomo Gómez, , Patricia, Gilart Cantizano, Lorena Corcuera Ortiz de Guzmán, Luciano Rodríguez Díaz y Juana María Vázquez Lara.

Hospital Universitario, Ceuta.

42. PROTOCOLO DE AMNIOINFUSIÓN INTRAPARTO ¿ES UNA INTERVENCIÓN EFECTIVA?

Irene García Giner y Laura Ruíz Lozano.

Hospital Costa del Sol, Málaga.

43. EL AMAMANTAMIENTO TRAS EL CÁNCER DE MAMA.

Judith Hernández Alonso, Beatriz Díaz Maíllo y Teresa Abad González.
Hospital La Paz, Madrid.

44. CUIDADOS DE LA MALARIA GESTACIONAL.

María Emilia Carrera García, Mireia Barnes Romero.
UGC Ejido Norte, Almería.

45. SEXUALIDAD FEMENINA EN EL CLIMATERIO ¿ES IGUAL QUE EN EDAD FÉRTIL?.

Encarnación Hernández Torres, Irene Cavero Morales y Blanca López Talasac.
Hospital 12 de Octubre, Madrid.

46. EVOLUCIÓN DE LA DONACIÓN DE CORDÓN EN ANDALUCÍA. LA MATRONA COMO PIEZA CLAVE.

Trinidad Ramos Rodríguez, Ana M^a López Molina, Ángela Torres Díaz, Javier Oliva García, María Vázquez Díaz y M^a Pilar Gómez Maldonado.
Hospital Materno-Infantil, Málaga.

47. EL PAPEL DE LA MATRONA EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO.

Diana Lobo Revilla, Paula Sáenz Cabredo, Alba Diez Ibarbia y Estefanía Moreno Román.
Hospital San Pedro Logroño.

48. GIMNASIA ABDOMINAL HIPOPRESIVA Y SUELO PÉLVICO.

Marina López Martínez, María del Mar Rodríguez Tobal, Jessica Amy Scalone y María Cerdán Jiménez.
Hospital General de l'Hospitalet, Barcelona.

49. ¿INFLUYE LA EDAD MATERNA EN EL RECIÉN NACIDO Y EN EL TIPO DE PARTO?

Patricia Vico Arias, Elena Ruiz Garrido y Ana Isabel Medina Molina.
Hospital Santa Ana, Motril, Granada.

50. ROL DE LA MATRONA EN CRISIS HUMANITARIAS.

Lucía Moya Ruiz y Rocío Rivas Martín.
Hospital Gregorio Marañón, Madrid.

- 51. EFICACIA DE TERAPIA CON PROBIÓTICOS COMO COMPLEMENTO A ANTIFÚNGICOS EN INFECCIONES VAGINALES POR CÁNDIDA.**
Olga Madera Ferreiro, Mélody Ortega Cobo, María de la Paz Amate Teva, Rocío Martínez Yébenes, Lidia Cantero Muñoz y María del Pilar Cazalilla López.
Hospital Materno Infantil, Jaén.
- 52. DULCE Y UMAMI: EL SABOR DE LA LECHE MATERNA Y SU INFLUENCIA EN LA INTRODUCCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN NIÑOS LACTANTES.**
Amaia Intxausti Martínez, Gala Arnal Ribera, Saioa Galdos Masip y Lur Zubiaga Arana.
Hospital Universitario de Donosti, Guipúzcoa.
- 53. EFICACIA DE LOS PROBIOTICOS COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA PARA EL ALIVIO DEL CÓLICO DEL LACTANTE.**
Cristina Anguita Cámara, Almudena Morales Naranjo, Ana Isabel Huertas Castillo, Olga Lozano Martínez, Elena Cortés Fernández y Esther Domínguez Solís.
Hospital Materno-Infantil, Málaga.
- 54. FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA INFERTILIDAD.**
María Sánchez Díez, Esmeralda Agra Guerra, Esther Calleja Galindo, Alina Carnero Quintana y Emma García Rodríguez.
Hospital Rio Hortega, Valladolid.
- 55. COMPARATIVA EN EL USO DEL SULFATO DE MAGNESIO PARA LA NEUROPROTECCIÓN FETAL ANTE EL PARTO PREMATURO INMINENTE ENTRE LOS HOSPITALES DEL NORTE Y EL SUR DE ESPAÑA.**
María Begoña Martínez Borde y Sara Urbaneja Martín.
Hospital Universitario Basurto, Bilbao, Vizcaya.
- 56. ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS A TÉRMINO: MANEJO EXPECTANTE POR 24H, VERSUS INDUCCIÓN CON OXITOCINA.**
Mélody Ortega Cobo, María de la Paz Amate Teva, Rocío Martínez Yébenes, Lidia Cantero Muñoz, María del Pilar Cazalilla López y Olga Madera Ferreiro.
Hospital Materno Infantil, Jaén.
- 57. ALTE/BRUE DURANTE EL PIEL CON PIEL. PREVENIR MEJOR QUE REANIMAR.**
Veronica Dólera Férez, José Silva Tubio y Fuensanta Martínez Almarcha.
Hospital Vega Baja Orihuela, Alicante.

58. **ENFERMEDAD PERIODONTAL Y RESULTADOS OBSTÉTRICOS: PARTO PRETÉRMINO Y BAJO PESO AL NACIMIENTO.**
Rocío Martínez Yébenes, Lidia Cantero Muñoz, M^a del Pilar Cazalilla López, Olga Madera Ferreiro, Fátima Hidalgo Higuera y Melody Ortega Cobo.
Hospital Materno-Infantil, Jaén.
59. **MANEJO DE LA DEPRESIÓN PUERPERAL LEVE O "MATERNITY BLUES" POR PROFESIONALES SANITARIOS.**
Patricia Peláez García y Manuel Borrego Vera.
Hospital Torrecárdenas, Almería.
60. **LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN NUESTRO MEDIO, CAUSAS Y CONSECUENCIAS.**
Irene Cavero Morales, Blanca López Talasac y Encarnación Hernández Torres.
Hospital 12 de Octubre, Madrid.
61. **HOMOCISTEÍNA Y ÁCIDO METILMALÓNICO EN LA DETECCIÓN DE DÉFICITS NUTRICIONALES. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.**
Alicia Rubio Miguel, Olga Segarra González y Paula García Molina.
Hospital General de l'Hospitalet, Barcelona.
62. **DIVERSIDAD EN LA FORMACIÓN: MATRONAS EN EUROPA.**
María del Carmen Duque Teomiro y Beatriz Díaz Maíllo.
Hospital Virgen de la Salud, Toledo.
63. **PLAN DE ACOGIDA DEL ÁREA DE MATERNIDAD SATISFACCIÓN DE LAS EMBARAZADAS.**
Aranzazu Escalante González, Ana García Ramos y Antonio Zurita Garrido.
Hospital Virgen de la Macarena, Sevilla.
64. **AUTOCUIDADOS EN VULVOVAGINITIS CANDIDIÁSICA.**
Zoraida de la Rosa Várez, María Teresa Rivas Castillo y Victoriano González Trujillo.
Centros de Salud de Pinos Puente e Illora, Granada.
65. **MÉTODOS ALTERNATIVOS DE ALIVIO DEL DOLOR EN EL PARTO: INYECCIONES DE AGUA ESTÉRIL.**
Olga Lozano Martínez, Ana Isabel Huertas Castillo, Almudena Morales Naranjo, Cristina Anguita Cámara, Elena Cortés Fernández y Esther Domínguez Solís.
Hospital Materno Infantil, Málaga.

- 66. BENEFICIOS DE LA LENTEJA DE PARTO DURANTE LA FASE ACTIVA DEL PARTO.**
Cristina González Hernández.
Hospital 12 de Octubre, Madrid.
- 67. NIVEL DE ADAPTACIÓN AL EMBARAZO EN LAS GESTANTES DE LUGO.**
Uxía López Sobrino; Marta García Carnicero; María Soledad García Atalaya.
Hospital Lucus Augusti, Lugo.
- 68. VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y SU RELACIÓN CON EL SÍNDROME DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.**
Almudena Morales Naranjo, Cristina Anguita Cámara, Olga Lozano Martínez, Ana Isabel Huertas Castillo, Esther Domínguez Solís, Elena Cortés Fernández.
Hospital Materno-Infantil, Málaga.
- 69. INFRECUENTE PERO INCAPACITANTE: DIÁSTASIS DE LA SÍNFISIS DEL PUBIS EN EL PUERPERIO.**
Blanca López Talasac, Encarnación Hernández Torres
Irene Cavero Morales. *Hospital 12 de Octubre, Madrid.*
- 70. MÁS QUE UNA PROFESION: MATRONAS EN LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX.**
Beatriz Díaz Maíllo, María del Carmen Duque Teomiro.
Hospital Virgen de la Salud, Toledo.
- 71. ¿ES LA PRÁCTICA DE LAS MATRONAS SEGURA?**
Clara García Terol, Jessica López Roderó, Marta Díaz Torres.
Parc Sanitari Sant Joan de Deu. Sant Boi del Llobregat, Barcelona.
- 72. FACTORES DE RIESGO Y MEDIDAS PREVENTIVAS PARA LAS LESIONES OBSTÉTRICAS DEL ESFÍNTER ANAL (OASIS).**
Pedro Vilches Polaina, Manuel Ratia Ramos, Leticia María Bertos Portal, María Dolores Peinado Valderas.
Hospital Alto Guadalquivir, Andújar, Jaén.
- 73. RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LA INHIBICIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA.**
Ana Isabel Huertas Castillo, Olga Lozano Martínez, Elena Cortés Fernández, Esther Domínguez Solís, Almudena Morales Naranjo, Cristina Anguita Cámara.
Hospital Materno Infantil, Málaga.

ASAMBLEA GENERAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

En cumplimiento del Capítulo III, Artículo de los Estatutos, y por el orden de la Presidenta, se convoca Asamblea General el día 27 de Mayo de 2017 a las 17:30h en 1ª convocatoria y 18:00h. en 2ª convocatoria.

**Lugar: Salón Andalucía del hotel Barceló-Málaga.
Junto estación AVE María Zambrano.
C/. Héroe de Sostoa, 2. Málaga**





XVIII CONGRESO NACIONAL DE
MATRONAS
25-27 MAYO 2017 MÁLAGA



ACREDITACION CONGRESO



Anexo I

Relación de actividades docentes acreditadas mediante la presente resolución:

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

1

Nº de expediente	07-AFOC-00512.3/2017
Fecha Registro	10/01/2017
Título	XVIII CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS
Proveedor	Asociación Española de Matronas
Modalidad	Presencial
Profesiones	Enfermería
Fecha de resolución	17/04/2017
Créditos	1,7

Edición	Fecha inicio	Fecha fin	Localidad (Provincia)
001	25/06/2017	27/05/2017	Málaga (Málaga)



La veracidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.es/infopro mediante el siguiente código impreso de notificación: 6948521501121344345665

Mi bebé y yo



LIBRO DE RESUMENES

EDITADO POR LA ASOCIACION ESPAÑOLAL DE MATRONAS

Este libro recoge íntegra y fielmente los resúmenes enviados por los autores. La Organización no se hace responsable de las opiniones expresadas en ellos ni de su contenido .