



XIX CONGRESO NACIONAL

Asociación Española de Matronas

II Asociación Cántabra de Matronas

Libro de Resúmenes

LIBRO DE RESUMENES DE COMUNICACIONES



XIX CONGRESO NACIONAL
Asociación Española de Matronas



II CONGRESO NACIONAL
Asociación Cántabra de Matronas

Santander, 31 Mayo/ 1-2 Junio 2018

*Editado por : Asociación Española de Matronas
Asociación Cántabra de Matronas*

COMUNICACIONES ORALES

MANEJO DEL DUELO PERINATAL. RECOMENDACIONES A LOS PROFESIONALES.

AUTORAS: Laura Colmenero Parras, Carolina Prieto Pérez, Rita María Varela Estévez, Mónica Bernal Barreto*

EIRs 2º Año Hospital San Pedro (Logroño)

OBJETIVO

Establecer pautas de actuación basadas en las últimas guías de recomendaciones para el manejo del duelo perinatal.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión de distintas guías: “Guía sobre atención a la muerte perinatal y neonatal” (Umamanita y el parto es nuestro), “pautas para una mejor intervención en duelo perinatal” (asociación Krisálida), “guía cuidados paliativos perinatales. Cuando la vida de vuestro hijo aún no nacido será breve” (Generalitat de Catalunya)

RESULTADOS

El manejo del caso en nuestro hospital ha sido estructurado en tres etapas: período de dilatación, expulsivo y postparto. En cada etapa se incluyen las medidas específicas de actuación.

A continuación, tras revisar las diversas guías, se expone un resumen-conclusión del manejo en general y en cada etapa en particular:

-Manejo general: Asignar una persona de referencia, intimidad y flexibilidad en el acompañamiento, utilización de determinadas frases así como evitar otras, control del dolor según deseo materno, evitando exceso de sedación etc. (más medidas serán expuestas en el congreso)

-Manejo durante la dilatación: intentar parto vaginal como primera opción, referencia al bebe por su nombre, valorar necesidad de realizar ritual etc. (más medidas serán expuestas en el congreso)

-Manejo durante el expulsivo: No prisa en el pujo, personal reducido, extremar la precaución en cuanto al uso de episiotomía, evitando dejar marcas físicas de este acontecimiento etc. (más medidas serán expuestas)

-Manejo durante el postparto: Información y asesoramiento sobre grupos de apoyo, y sobre futuras gestaciones, ingreso según preferencias de la mujer en la planta de maternidad o en una unidad alejada de la misma etc. (más medidas serán expuestas)

Creación de grupos de apoyo para profesionales, salas de duelo, uso de símbolos, etc.

CONCLUSIONES

-El manejo del duelo perinatal ha sufrido un cambio en los últimos años. Actualmente, se da mucha importancia a la expresión abierta de los sentimientos, y a la necesidad de dar el tiempo necesario a cada etapa del trabajo de parto para que la pareja sea consciente de la situación y puedan comenzar a elaborar el duelo adecuadamente.

- Para un buen afrontamiento y acompañamiento del duelo, los profesionales hemos de estar formados en tal materia.

-Un buen acompañamiento puede ayudar a elaborar un duelo adecuado y mejorar la experiencia

EL SÍNDROME DEL BURN OUT ENTRE LAS MATRONAS DEL HOSPITAL CAMPUS VALL D'HEBRON Y EL ANÁLISIS DE SUS DETERMINANTES

AUTORES: Pablo Rodríguez Coll¹, Isabel Salgado Poveda², Florencio Durán Muñoz¹, M^a Victoria García Huertas¹.

¹ Matronas Hospital Campus Vall D'Hebron (Barcelona)

² Matrona Supervisora Sala de Partos Hospital Campus Vall D'Hebron (Barcelona)

OBJETIVO

En el Hospital Campus Vall D'Hebron, las llevadoras proporcionan acompañamiento y atención integral a gestantes de bajo y alto riesgo durante todo su proceso de parto, incluyendo la asistencia a las interrupciones legales de embarazo. La asistencia a todo este tipo de gestantes requiere en la matrona mayor nivel de atención, mayor presión y, por tanto, mayor predisposición a padecer el Síndrome de Burn Out.

Los objetivos del siguiente estudio son:

- ✓ Conocer la prevalencia del síndrome del Burn Out entre las matronas de la sala de partos del hospital Campus Vall D'Hebron.
- ✓ Identificar las características sociodemográficas y laborales relacionadas con este síndrome.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional descriptivo transversal.

Cuestionario online que consta de dos apartados:

A. Cuestionario de elaboración propia sobre variables sociodemográficas.

B. Cuestionario CESQT (Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo).

RESULTADOS

Del total de los encuestados, el Síndrome del Burn Out aparece en un 8,4% y además un 29.16% tiene un nivel muy alto de padecerlo. La media de edad de las personas con Burn Out es relativamente joven 40,52 años. En cuanto a las variables sociodemográficas, un 66.7% de los participantes considera que los turnos del hospital no están bien distribuidos y un 45.8% desearía cambiar de su turno actual. En cuanto a la subescala de indolencia, un 58.3% presenta puntuaciones críticas o altas que indican insensibilidad ante los problemas que puedan surgir con los pacientes.

CONCLUSIONES

El tipo de respuesta que cada persona tiene frente al estrés se considera un riesgo laboral muy importante para el personal sanitario que puede llegar a desencadenar en el Síndrome de Burn Out, por ello es necesario realizar intervenciones en el entorno laboral tanto a nivel individual como organizacional que prevengan la aparición del síndrome, mejoren la satisfacción laboral y se pueda proporcionar una asistencia sanitaria de calidad. Dada la importancia de los resultados obtenidos y teniendo en cuenta el impacto asistencial que puede suponer para las matronas, se está llevando a cabo este mismo estudio a nivel multicéntrico desde el COIB a todos los hospitales públicos y de la XHUP donde se realizan partos.

EXPERIENCIAS VIVIDAS POR MUJERES GESTANTES PRODUCTO DE FECUNDACIÓN IN VITRO



AUTORAS: *Angélica M^a Quevedo Ríos¹, Lucy Muñoz de Rodríguez²*

1. Magister en enfermería. Enfermera Asistencial Unidad Obstétrica Fundación Santa Fe de Bogotá (Colombia)

2. Enfermera Obstetrix. Magister en Enfermería en Salud Familiar. Profesora Universidad de la Sabana (Chía, Cundinamarca, Colombia) . Profesora Emérita de la Universidad Nacional de Colombia

OBJETIVO

Describir los significados de las experiencias vividas por mujeres gestantes producto de fecundación in vitro atendidas para su tratamiento en un centro de fertilidad en Bogotá, Colombia.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, etnográfico cualitativo basado en la etnoenfermería propuesto por M. Leininger. Los participantes del estudio fueron 12 mujeres gestantes como participantes claves que acudieron a tratamiento de fecundación in vitro, en un centro de fertilidad de Bogotá, que cumplieron criterios de inclusión y desearon participar voluntariamente en el estudio y firmaron el consentimiento informado. Los participantes generales fueron aquellas personas útiles para aclarar a profundidad la información obtenida por las mujeres gestantes producto de fecundación in vitro, en este estudio participaron 8 enfermeras, 1 enfermero y 1 ginecoobstetra, para un total de 10, todos con experiencia y manejo con mujeres gestantes producto de fecundación in vitro, que desearon participar voluntariamente en el estudio y firmaron el consentimiento informado. Para la selección de la muestra se tuvo en cuenta la saturación teórica. La recolección y análisis de la información se realizó mediante la aplicación de los facilitadores recomendados por Leininger, los cuales fueron: Facilitador extraño amigo, facilitador de observación, participación, reflexión (OPR), la entrevista abierta a profundidad, el modelo del sol naciente y notas de campo. En el análisis de datos se tuvo en cuenta los factores de la estructura social y cultural del facilitador sol naciente, y las 4 fases, propuestas por Leininger: recolección, descripción y documentación de datos en bruto, identificación y categorización de los descriptores y componentes, análisis contextual y de patrones e identificación de temas centrales, hallazgos de la investigación, formulaciones teóricas y recomendaciones.

RESULTADOS

Cinco temas culturales fueron identificados, los cuales reflejan la concepción vivida por las mujeres del estudio, la presencia de los factores de la estructura social y cultural representados en el modelo del sol naciente, de la teoría de Leininger y como influenciadores de las experiencias vividas por estas gestantes durante su proceso de gestación producto de fecundación in vitro. Los temas fueron: la ilusión de pareja que parece extinguirse para tener un hijo y ampliar la familia, la solución en un contexto humanizado, religioso y tecnológico, los mandatos sociales y la maternidad, anhelo de una maternidad apoyada en pareja y familia y vivir la gestación como algo normal. Estos resultados indican que esta experiencia es vivida en pareja, por las mujeres del estudio, con unos requerimientos de atención humanizada en un contexto familiar presionado por la sociedad y el anhelo de la ampliación de familia con hijos consanguíneos.

CONCLUSIONES

Las mujeres participantes en el estudio, con tratamientos de fertilidad como la fecundación in vitro, generalmente experimentan diferentes situaciones como la pérdida, diagnóstico de infertilidad y tratamientos anteriores inefectivos, que generan en ellas sentimientos de angustia, estrés, culpa, dolor, disminución en su desempeño laboral, con su consecuente afectación física, psicológica y social, adicionalmente experimentan cambios físicos relacionados con los múltiples tratamientos hormonales y sus consecuentes efectos fisiológicos; cambios psicológicos que involucra la parte emocional de la mujer y su pareja, y reclamos sociales relacionados con la demora de la procreación, y su consecuente ampliación de la familia. Es importante resaltar que cuando estas mujeres alcanzan una gestación exitosa, posterior a la realización de la fecundación in vitro, sus sentimientos se transforman en alegría y felicidad relacionadas con la experiencia de la maternidad apoyada en pareja y familia, en donde el apoyo familiar, el contacto con otras mujeres en situaciones similares son fundamentales en la transición, durante el tratamiento y sus resultados, ya que contribuyen a disminuir su ansiedad y estrés. El apoyo religioso es considerado beneficioso por cuanto les permitió conservar la esperanza y continuar con el tratamiento a la espera de una gestación efectiva. Es evidente que la fecundación in vitro, para las mujeres del estudio, representa la mejor opción para alcanzar la gestación anhelada, ya que muchas de ellas son conscientes que la edad es un factor fundamental que repercute en la reserva ovárica de las mismas y por ende en su deseo de ser madres; también reconocen la importancia de la atención médica en el proceso de fecundación in vitro, caracterizada especialmente por acompañamiento, seguimiento, educación, información y relaciones humanas apropiadas. Se hace evidente la ausencia del cuidado de enfermería, con mujeres gestantes producto de fecundación in vitro, durante el proceso del tratamiento, con acompañamiento, seguimiento y orientación.

ANÁLISIS DE LA PARTICIPACIÓN ESPAÑOLA EN EL CONGRESO DE MATRONAS DE LONDRES DE 1954

4
ORAL

AUTORAS: Modesta Salazar Agulló¹, Montserrat Angulo Perea².

¹Matrona Hospital Universitario de Elche

²Matrona Hospital Universitario San Juan de Alicante

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las temáticas que fueron abordadas en el Congreso Internacional de Matronas que se celebró en Londres, en 1954, así como la participación de matronas españolas en el mismo.

MATERIAL Y MÉTODO

La colección “Al Servicio de España y del Niño Español” fue un programa oficial del régimen franquista para la difusión de conocimientos en materia sanitaria entre los profesionales, especialmente en el ámbito de la salud materno-infantil. Está compuesto por 232 monografías publicadas entre 1938 y 196. Para este trabajo hemos recuperado la monografía número 202, publicada en diciembre de 1954, firmada por la presidenta y secretaria de la sección “Matronas” del Consejo Nacional de Colegios de Auxiliares Sanitarios Españoles. Además hemos contextualizado la situación de la salud materna e infantil y sus principales indicadores en el contexto español y en Inglaterra, con referencias bibliográficas de María José Alemany, Dolores Ruiz-Berdún, Teresa Ortiz y en el contexto británico con el libro *Llama a la comadrona*, escrito por la matrona Jennifer Worth, que trabajó en el Sistema Nacional de Salud (1953-1973).

RESULTADOS

El Congreso contó con la representación de 45 países. La participación española logró que el idioma español fuera uno de los idiomas oficiales, que una de nuestras representantes fuera la Secretaria para los países de habla hispana y que España fuera miembro del Comité Ejecutivo de la Confederación Internacional de Matronas, siendo elegida para ese cargo la presidenta del Colegio de Matronas.

Los temas abordados se pueden clasificar en: Historia de las reuniones internacionales de matronas; labor de las matronas en el mundo; la matrona y la Salud Pública; responsabilidad profesional; formación de las matronas (aparición de la matrona-jefe, y el programa formativo); Confederación Internacional de Matronas y otro sobre las matronas españolas.

Se recordaba que al congreso de Berlín, en 1900, asistieron más de 1000 matronas y se abordaron temas como la formación de las matronas, duración de los estudios, su papel en la sociedad, etc. En la reunión de Dresde, en 1911 se produjo una fuerte protesta de las matronas cuando un obstetra dijo que las matronas no “debían tener derecho a realizar tactos vaginales”. El Ministro de Salud pública inglés mostraba “el orgullo por la organización de los servicios de Obstetricia de su país” y por la alta competencia profesional de las matronas, remarcando su *labor independiente de los médicos, del derecho que tenían a usar analgésicos (Pethidine)* y del protagonismo en los partos domiciliarios. A nivel de salud pública se destacaba el papel de las matronas en las vacunaciones infantiles y *como educadoras en salud de la madre y de ésta como cuidadora de su familia*. Se alertaba de los peligros del parto hospitalario, que emergía como nueva forma de atención y del riesgo de que las mujeres a estuvieran separadas de sus familias. El *alivio de los dolores del parto se expuso por un anestesista de Liverpool* y una matrona Irlandesa. *Sobre la formación de matronas la delegada española relató en el texto la formación cultural, científica, social y moral con un método adecuado*. Los requisitos para ser matrona en España eran tener un título de Enseñanza Media, ingreso en la Facultad de Medicina durante tres años y luego dos años más en una Escuela especial de matronas, debiendo superar un examen al acabar cada curso que valoraba las aptitudes científicas, experimentales y prácticas, *destacando su misión profesional en el poder de Dios [...]* en la preparación moral y en las cualidades psicológicas. *Asimismo refería que “la presencia de matronas españolas causó, incluso, admiración cuando en la iglesia se nos ha visto tocadas con la clásica mantilla española”*.

CONCLUSIONES

Las matronas españolas estuvieron muy satisfechas de los logros conseguidos y de la representación lograda en organismos internacionales. Valoraron muy positivamente salir al extranjero para conocer las experiencias de otros países pero también para dar a conocer lo que se hacía en España. La obra fue prologada por el director de la Colección, el pediatra valenciano Dr. Juan Bosch Marín, jefe de los servicios de puericultura y miembro de la Real Academia de Medicina. Se justificó la interrupción de los congresos de matronas debidas a las dos grandes guerras europeas, y a la destrucción de documentación de estos actos. Se fortalecieron lazos y compromisos de continuidad, como el Congreso de Estocolmo en 1957, que también se aborda en la Colección Al Servicio de España y del Niño Español, aunque no constituye objetivo de estudio en este trabajo.

¿EL CONTACTO PIEL CON PIEL DURANTE LA CESÁREA AUMENTA EL RIESGO DE INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA?

AUTORAS: *M^a Jesús Barcenilla Domingo, Laura Barragán García, María Ruíz Caballero*

Matronas Hospital Comarcal de Laredo, (Cantabria)

OBJETIVO

Conocer la evolución de la tasa de infecciones de la histerotomía tras la implantación del protocolo de contacto piel con piel durante la cesárea en el Hospital de Laredo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado un estudio comparativo retrospectivo de las cesáreas realizadas en nuestro hospital entre los años 2013 y 2014 (sin contacto piel con piel con la madre durante la cesárea), con las realizadas entre los años 2016 y 2017 (tras la implantación del protocolo). El año 2015 no ha sido objeto de estudio al no disponer un buen registro sobre las cesáreas en las que se realizó contacto piel con piel. Se han revisado un total de 333 casos. Las variables relacionadas son: contacto piel con piel con la madre durante la cesárea e infección de la herida quirúrgica. Todas las mujeres recibieron como profilaxis antibiótica una dosis única de Cefazolina 2 gramos endovenosa, sin ningún otro antibiótico intraparto

RESULTADOS

En los años 2013 y 2014, previo a la implantación del protocolo, hubo una tasa de infección de la histerotomía de un 5,7% y un 5,9% respectivamente, mientras que en el año 2016 y 2017 tras el inicio del CPP, la tasa fue de 5,8 y 3,37%. Los diagnósticos más frecuentes fueron seromas que precisaron antibioterapia durante 5-7 días.

CONCLUSIONES

No se observa un aumento en la tasa de infección de la herida quirúrgica tras la implantación del protocolo. El contacto piel con piel debería realizarse en aquellos hospitales en los que todavía no se ofrece a las madres.

ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN EN EL PARTO Y PUERPERIO EN EL HOSPITAL CAN MISSES

AUTORAS: Loreto Carbonell Mayol, Rebeca Hernandez Fry.

Matronas Hospital Can Misses (Ibiza)

OBJETIVO

Dentro de la inquietud de los profesionales que nos dedicamos a la atención de la mujer en el Hospital Can Misses por la mejora continua de nuestra práctica asistencial y dado el contexto de un cambio en la asistencia ante el reto de un Hospital nuevo con nuevos espacios y nuevas oportunidades de mejora, se plantea la necesidad de conocer la experiencia de las mujeres en la atención al parto y puerperio.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza búsqueda de una encuesta validada al castellano y se propone usar la encuesta COMFORTS que nos podría permitir conocer en grado de satisfacción de nuestras puérperas y comparar nuestros datos con los obtenidos mediante el mismo cuestionario en hospitales similares a los nuestros si se diera el caso.

Se inicia recogida de datos de la encuesta COMFORTS validada al castellano, a las puérperas del Hospital Can Misses desde Noviembre de 2016 hasta Enero de 2018.

Análisis de resultados mediante programa estadístico SPSS.

Se propone estudio descriptivo de los datos obtenidos y un descriptivo de las características de nuestra población

RESULTADOS

Se obtienen resultados muy favorables en cuanto a la práctica asistencial durante el proceso de atención al parto y al puerperio inmediato.

En general las mujeres presentan altos porcentajes de satisfacción en cuanto a su vivencia de parto, la información que han recibido, la estancia en el hospital, los servicios de hostelería ofrecidos, los cuidados referentes a su hijo y los conocimientos con los que han recibido al alta del hospital.

CONCLUSIONES

La realización de estas encuestas nos ha permitido conocer la satisfacción de nuestras usuarias en relación a nuestro cambio de Hospital que ha permitido, con aumento también en la dotación de personal, y en la asunción de responsabilidades por parte de las matronas, tanto de los Egresos como de la atención en planta de gestantes, pre-inducciones y puérperas de partos eutócicos, afirmar que el trabajo realizado hasta el momento es bien recibido por la población que atendemos aunque estudiados con detenimiento siempre hay margen de mejora en la atención que ofrecemos.

PATOLOGÍA DE LAS MAMAS EN LA PINTURA Y ESCULTURA DEL RENACIMIENTO

AUTORA : Rosa María Rozas García. Matrona*

*Cap d'Estudis del Grau d'Infermeria. Universitat de Barcelona

OBJETIVO

Analizar la representación de la patología mamaria presente en las obras de arte del Renacimiento (pintura y escultura) y el diagnóstico propuesto por los expertos.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio cualitativo de tipo histórico-iconográfico en el que se aplicó la metodología de Panofski. Se realizó una búsqueda en Pubmed y en Internet utilizando los términos "arte", "historia", "Renacimiento", "mama", "cáncer", "polimastia", "patología", y los operadores booleanos and/or. También se realizaron visitas particulares al Museo del Prado de Madrid, y a diferentes museos de Roma y Florencia, como la Galería de los Uffici y el Palacio Pitti.

Se seleccionaron 27 artículos que analizaban 20 obras de 10 autores diferentes del Renacimiento. Además se incluyeron dos obras localizadas personalmente en la Galería de los Uffici y en el Palacio Pitti de Florencia, y otras catorce encontradas a través de la búsqueda en bases de datos de arte en Internet, que no habían sido descritas previamente y no existen referencias bibliográficas. En total se analizaron un total de 36 obras de 15 autores diferentes. Tras la localización de una reproducción de calidad de cada una de las imágenes se procedió a la descripción iconográfica de las mismas.

RESULTADOS

Los obras seleccionadas y sus autores y fecha de realización se enumeran a continuación: *La Fornarina* (1518-9) de Rafael Sanzio; de Peter Paul Rubens: *La felicidad de la reina regente María de Médicis* (1622-4), *Las tres Gracias* (1636-9), *Judith con la cabeza de Holofernes* (1616), *Orfeo y Eurídice* (1636-8), *Diana y sus ninfas sorprendidas por sátiros* (1639-40), *Sansón y Dalila* (1609-10), *Venus, Marte y Cupido* (1630-35), *Susana y los viejos* (1605), *La Naturaleza adornando a las tres Gracias* (1615), *El descubrimiento del niño Erictonio* (1615) y *Triunfo de la Eucaristía sobre la Filosofía, las Ciencias y la Naturaleza* (primera mitad del Siglo XVII); de Rembrandt van Rijn: *El baño de Betsabé* (1554), *La sagrada familia* (1634) y *Mujer sentada frente a una estufa holandesa* (1658); *Alegoría de la fortaleza* (1560-62) de Maso da San Friano; *Alegoría de la noche* (1555-65) de Michele di Rodolfo del Ghirlandaio; de Jacob Jordaens: *Alegoría del poeta* (1660), *El rapto de Europa* (1643), *Diana descansando* (1640-50), *Alegoría de la fecundidad, Mujer, niño y sátiros*, y *La educación de Júpiter* (2ª mitad del s. XVII); *La Virgen libera Milan de la plaga* (1631) de El Cerano; *La noche* (1520) escultura de Miguel Ángel Buonarroti; *Cortesana veneciana* (1640-66) de Lucas Vorsterman; *La Caridad* (1554-58) de Cecchino del Salviati; *Vanitas: Alegoría de la trascendencia* (1626) de Niccolo Renieri; *La muerte de Cleopatra* (1635-36) de Guido Reni; de Giulio Romano: *Los amantes* (1525), *Alegoría de la inmortalidad* (1540) y *Sirena alimentando a sus hijos* (1520-40); *Suicidio de Lucrecia* (1520-25) del Maestro del Loro; y *Dama picada por un loro* (s. XVI-XVII) de Otto van Veen.

El realismo perseguido por los artistas del Renacimiento nos muestra la representación de ciertas deformidades en las mamas. Los diagnósticos médicos que parecen indicar las imágenes y que proponen los autores fueron cáncer de mama, tuberculosis, enfermedad de Mondor, mastitis por lactancia, quiste mamario, polimastia y asimetría de la mama. Algunas de las patologías resultan evidentes aunque otras resultan difíciles de confirmar con un simple análisis visual.

La mayoría de obras reproducen escenas mitológicas o bíblicas, y solo en dos pinturas vemos escenas costumbristas en las que se representan mujeres de la época.

El autor que más obras produce es Peter Paul Rubens (13 obras) y parece ser que la modelo con la patología mamaria siempre es la misma. Otros autores que representan frecuentemente la patología de la mama son Jordaens, Rembrandt y Giulio Romano, de los que se recogen varias obras de cada uno.

CONCLUSIONES

A modo de conclusión podemos manifestar que el arte es una fuente histórica de la patología de la mama y de la evolución de la enfermedad. Los pintores del Renacimiento ayudaron a que las enfermedades de los senos fueran conocidas en todo el mundo hecho que, con seguridad, ha contribuido al progreso de la medicina y la ciencia en general. Por otro lado, el análisis de estos cuadros y esculturas abre una puerta a un mejor conocimiento de la obra de los autores, y a considerar el importante significado social del cáncer de mama en el Renacimiento.

RELACIÓN ENTRE EL INGRESO EN FASE LATENTE DE PARTO Y LA MORBILIDAD MATERNO-FETAL

AUTORES: Laura Abad López¹, Estefanía Camarero Briones², Nerea Garijo Pérez³.

¹Matrona, Centro de Salud Sotillo de la Adrada (Ávila)

²Matrona Hospital " Santos Reyes" Aranda de Duero (Burgos)

³Matrona Centro de Salud Soria Rural (Soria)

OBJETIVO

El momento idóneo para que una mujer ingrese en el hospital viene dado por el inicio de la fase activa del parto, definida por el aumento de la frecuencia e intensidad de las contracciones, con al menos 4 cm de dilatación cervical. Aunque no existe un claro consenso entre las diferentes sociedades científicas de cuál es el momento en el que la mujer pasa de la fase latente a la fase activa de parto. Sin embargo, varios estudios han demostrado una relación entre el ingreso temprano con la cesárea y con el mayor uso de oxitocina sintética. Por ello, el objetivo del estudio es determinar si el ingreso de las gestantes en Fase Latente de parto en la sala de dilatación se asocia con un aumento de la morbilidad materna y/o fetal/neonatal, frente a las mujeres que ingresan en Fase Activa, en un hospital del II nivel de la Comunidad de Madrid.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, retrospectivo, de cohortes. Se ha obtenido una muestra de 104 gestantes de bajo riesgo, a término y con trabajo de parto espontáneo, mediante un muestreo consecutivo. Siguiendo la Guía de Práctica clínica sobre la Atención al Parto Normal de 2010 del Ministerio de Sanidad, se ha considerado como fase latente cuando la dilatación cervical sea <4cm, y fase activa cuando sea ≥ 4cm, hasta los 8cm de dilatación. La morbilidad materna se define por el tipo de parto (eutócico, instrumental o cesárea), las lesiones perineales (episiotomía, desgarros) y el intervencionismo obstétrico, definiéndose éste mediante la amniorrexis artificial, la monitorización interna y el uso de oxitocina sintética. Por otro lado, el ph arterial del recién nacido, el ingreso neonatal, el APGAR y la presencia de meconio intraparto, definen la morbilidad fetal/neonatal. Tras un análisis descriptivo de la muestra, se ha realizado un análisis bivalente utilizando el test de Chi Cuadrado para variables cualitativas y el test de la T de Student para cuantitativas. Posteriormente, se ha llevado a cabo un análisis multivariante, mediante regresión logística, para controlar las posibles variables de confusión (paridad, uso de epidural, edad materna, peso fetal e IMC). Los datos se han codificado y estructurado en una base de datos, y se han analizado utilizando el paquete estadístico SPSS versión 22 para Windows. Palabras clave: "Patient admission", "labor onset", "cesarean section", "oxitocyn".

RESULTADOS

Del total de 104 gestantes, 53 (51%) ingresaron en Fase Latente (grupo expuestos) y 51 (49%) en Fase Activa (grupo no expuestos). El 51 % son nulíparas, el 77% de los partos son eutócicos, 11,5% cesáreas y el 11,5% partos instrumentales. En el 69,8% se realiza una monitorización fetal externa y en el 53,6% una amniorrexis artificial. En un 41% se realiza una episiotomía y un 46,7% presenta desgarro periné, siendo el más común de grado I. El 85,6% de los RN presentan un PH fetal arterial superior a 7,20, el 99% un APGAR al minuto de vida >7, y un 24% presenta líquido amniótico teñido. La edad media de la madre es de 31 ± 5,44 años, dos de cada tres utilizan anestesia epidural durante el parto y en el 49% se administra oxitocina. Tras el análisis bivalente, el 66,04% de las mujeres nulíparas ingresan en la fase latente; sin embargo, el 64,71% de las multíparas ingresan en la fase activa (p<0,02). Las mujeres que ingresan en la Fase Latente tienen más probabilidades de tener un parto por cesárea (p<0,02), de amniorrexis artificial (p=0,00) administración de oxitocina (p<0,01) y de monitorización interna (p=0,00) comparado con las que ingresan en Fase Activa. No se han encontrado resultados significativos para la morbilidad fetal/neonatal.

CONCLUSIONES

En el estudio se ha encontrado una asociación entre la fase de parto al ingreso en el hospital y la morbilidad materna. Las gestantes que ingresan en la fase latente presentan 7 veces más riesgo de tener una cesárea que las que ingresan en fase activa, 4 veces más uso de oxitocina y 7 veces más probabilidad que se les realice una amniorrexis artificial. En base a los resultados es recomendable estandarizar los criterios de admisión de las gestantes de trabajo de parto, teniendo en cuenta las actuales recomendaciones de la OMS. Se requieren estudios prospectivos con mayor tamaño muestral para analizar la posible relación con la morbilidad fetal, y otras variables maternas, dada la repercusión sobre la salud de la mujer y del recién nacido.

BIBLIOGRAFÍA

- Neal JL, Lowe NK, Phillippi JC, et al. Likelihood of cesarean delivery after applying leading active labor diagnostic guidelines. *Birth*. 2017 Jun;44(2):128-136. doi: 10.1111/birt.12274.
- Neal JL. Outcomes of nulliparous women with spontaneous labor onset admitted to hospitals in Pre-active versus Active labor. *J Midwifery Women's Health*. 2014; 59(5):28-34. Doi:10.1111/jmwh.12160.

- Chuma C, Kihunrwa A, Matovelo D, Mahendeka M. Labour management and obstetric outcomes among pregnant women admitted in latent phase compared to active phase of labour at Bugando Medical Centre in Tanzania. *BMC pregnancy and childbirth*. 2014; 14(1):68. DOI: 10.1186/1471-2393-14-68
- Kabiraj SK, Bhowmik J, Deb Nath H. A prospective study on the relationship between cervical dilatation at initial presentation in labour and subsequent outcome in nulliparous women. *Chattagram Maa-O-Shishu Hospital Medical College Journal*. 2014; 13(1).
- Janna JR, Chowdhury SB. Impact of timing of admission in labour on subsequent outcome. *CBMJ*. 2013 March; 2(1): 21-8.
- Albassam A.N. The outcome of latent phase vs. Active phase admission to labour room of low risk nulliparous women in labour. *J Fac Med Baghdad*. 2010; 52(2): 147-51.

PREVALENCIA DEL SÍNDROME DISFÓRICO PREMENSTRUAL

AUTORES: *Laura Folgado Catalá, Juan Diego Pérez Moreno, Noelia Carmen Planells Domingo, Patricia Guillén Guzmán.**

**Residentes U.DM. Valencia . Hospital " Lluís Alcanyis (Xàtiva) Valencia*

INTRODUCCIÓN

Tanto el Síndrome Premenstrual (SPM) como el Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) se presentan como un “Conjunto de síntomas emocionales, conductuales y somáticos que ocurren en la fase lútea y que se resuelven con la menstruación. Estos síntomas producen incapacidad física y psíquica, problemas de relación familiar, laboral y social” Es importante decir que, en todos los años que se sabe de la existencia de este síndrome, ha sido trivializado por las propias mujeres y, secundariamente, por los profesionales sanitarios. Los trastornos premenstruales afectan a la salud de millones de mujeres alrededor del mundo, provocando efectos negativos en la vida cotidiana. La mayoría de las mujeres en edad reproductiva presentan algún tipo de malestar físico en las semanas antes de la menstruación.

JUSTIFICACIÓN

El síndrome disfórico premenstrual (SDPM) es un conjunto de signos y síntomas físicos y psicoemocionales que pasa desapercibido en muchas consultas de medicina general y lo más curioso en muchas consultas de ginecología. Son mujeres que consultan muchas veces y por diferentes motivos sin que se las trate como un conjunto de sintomatología relacionada con la menstruación, Su abordaje, en ocasiones es multidisciplinar y se cree que obedece al simple hecho de “tener la regla” y que es propio de mujeres, mal llamadas, “ciclotímicas”. Tras la revisión realizada pensamos que el desconocimiento de este síndrome conlleva a que pase desapercibido o no “bien diagnosticado”, lo que supone una falta de detección precoz y por lo tanto de su prevención. Con este estudio pretendemos conocer la prevalencia de este síndrome (SDPM) en nuestro departamento a través de un formulario confeccionado “AD HOC” para posteriormente elaborar una estrategia de promoción de la salud y prevención de las consecuencias del propio cuadro de signos y síntomas a nivel físico y psicoemocional que concurren en el perfil de estas mujeres “sindrómicas” y que también desconocen su propia patología.

HIPÓTESIS

Nuestra hipótesis inicial es que hay una alta tasa de prevalencia en nuestro departamento de salud y que no es bien diagnosticado.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Conocer la prevalencia de mujeres del departamento de Xàtiva-Ontinyent que sufren el Síndrome disfórico premenstrual (SDPM).

Objetivos Específicos:

- ✓ Identificar los signos y/o síntomas físicos que tienen las mujeres durante el periodo premenstrual
- ✓ Detectar los signos y/o síntomas psicoemocionales que tienen las mujeres durante el periodo premenstrual
- ✓ Valorar la frecuencia con la que aparecen estos signos y síntomas
- ✓ Conocer si han sido diagnosticadas y/o tratadas correctamente

MATERIAL Y MÉTODO

- *Diseño del estudio:* Es un estudio cuantitativo descriptivo transversal con un intervalo de confianza del 95%.
- *Población de referencia:* Mujeres en de edad fértil, pertenecientes al Departamento de Salud Xàtiva-Ontinyent.
- *Sujetos de estudio:* Mujeres de 18-45 años de nuestro departamento que acuden al Centro de Salud y al CSSR durante el periodo del 1 de noviembre 2017 al 30 de febrero del 2018.
- *Criterios de inclusión:*
 - Habla del idioma español, de edad comprendida entre 18 y 45 años que acudan durante el periodo de estudio al centro de salud (CS) o centro de salud sexual y reproductiva (CSSR)
 - Mujeres que no utilicen anticoncepción hormonal oral o local (vaginal, cutánea o intrauterina)
- *Criterios de exclusión:* Que no hable español, que no esté dentro del rango de edad o que utilice MAH oral o local (vaginal, cutánea o intrauterina)
- *Variables dependientes:*
 - Principales
 - Descripción de signos y síntomas físicos- psicoemocionales
 - Frecuencia de aparición de los signos y síntomas

- Secundarias
- Número de mujeres diagnosticadas
- Número de mujeres tratadas

- *Variables independientes:*
- Rango de edad de mayor prevalencia
- Patologías coexistentes
- Tratamientos más habituales
- Método anticonceptivo utilizado no hormonal
- Paridad
- Profesional al que acuden o remiten

- *Material:*
- Formulario creado "AD HOC" para este estudio basado en el modelo de la Dra. Lafaja (Anexo I)
- Consentimiento informado verbal para participación en el estudio

RESULTADOS

Como se indicamos en la metodología del estudio, aún seguimos con la recogida de la muestra.

CONCLUSIONES

A falta de acabar con la recogida de muestras, esperamos confirmar la hipótesis del estudio: que hay una alta tasa de prevalencia de síndrome disfórico premenstrual en nuestro departamento de salud y que no es bien diagnosticado

BIBLIOGRAFIA

- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Ginecología psicosomática. Síndrome premenstrual [en línea]. Madrid: S.E.G.O, 2006.
- Besio C, Martínez V, Montero A. Síndrome Premenstrual y Trastorno Disfórico Premenstrual en la Adolescencia. Rev Chil Psiquiatr Neurol Infanc Adolesc. 2012; 23 (3): 163-170.
- Moos RH. Typology of menstrual cycle symptoms. Am J Obstet Gynecol 1969; 103:390-402.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (1997). DSM IV. Breviario. Criterios diagnósticos. Barcelona: Masson.
- Johan Chavarría Solís. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME PREMENSTRUAL. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXX (608) 709 - 715, 2013
- Doyle C1, Ewald HA, Ewald PW. Premenstrual syndrome: an evolutionary perspective on its causes and treatment. Perspect Biol Med. 2007 Spring;50(2):181-202.
- Pearstein T, Steiner M. Premenstrual Dysphoric Disorder: Burden of Illness and Treatment Update. The journal of life long learning in psychiatry. 2012; 10 (1): 90 - 101
- Reid RL1. When should surgical treatment be considered for premenstrual dysphoric disorder? Menopause Int. 2012 Jun;18(2):77-81. doi: 10.1258/mi.2012.012009.
- Studd J. Ovariectomy for menstrual madness and premenstrual syndrome--19th century history and lessons for current practice. Gynecol Endocrinol. 2006 Aug;22(8):411-5.
- Toth A1, Lesser ML, Naus G, Brooks C, Adams D. Effect of doxycycline on pre-menstrual syndrome: a double-blind randomized clinical trial. J Int Med Res. 1988 Jul-Aug;16(4):270-9.
- Perarnau MP, Fasulo SV, García AA, Doña RD. Síndrome premenstrual y trastorno disfórico premenstrual en estudiantes universitaria adolescentes. Fundam humanid. 2007; 16 (2): 153-162.

NACIMIENTO EN CASA: LA EXPERIENCIA DE UN NUEVO EQUIPO

AUTORAS : Elena Queral Martínez¹, Alba Pallisé Cardellach², Miriam Leiva Caballero¹, Ruth Ferre Canela³, Laura Pino Salaet⁴

¹Matronas Assir Reus (Tarragona)

²Matrona ASSIR Tarragona

³Matrona Hospital Vendrell (Tarragona)

⁴Matrona Hospital Verge de la Cinta (Tortosa, Tarragona)

INTRODUCCIÓN

La evidencia científica en la actualidad nos aporta datos importantes respecto a la seguridad en el parto en casa. Según un estudio publicado en 2012, nacer en el domicilio particular es igual de seguro que nacer en el hospital, siempre que se trate de un embarazo sin complicaciones y atendido por matrona o personal sanitario. Algunas mujeres eligen parir en su domicilio y es necesario que los profesionales sanitarios estemos preparados para informar y apoyar de forma respetuosa estas decisiones.

Con este estudio queremos aportar los resultados obtenidos de un nuevo equipo de matronas al acompañar a familias en sus partos en casa en la provincia de Tarragona durante el 2017.

OBJETIVOS

- ✓ Definir la estructura de la organización de un equipo para la asistencia del parto en casa en Tarragona en 2017.
- ✓ Analizar los resultados estadísticos de los partos atendidos durante el 2017 en Tarragona.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de tipo descriptivo transversal. A partir de los datos recopilados durante el año 2017 se realizó un análisis descriptivo de todas las variables incluidas al estudio. Por todas aquellas variables de tipo cualitativo se calcularon los porcentajes y las frecuencias, y por todas aquellas variables de tipo cuantitativo se calcularán las medidas de tendencia central (media, mediana y moda).

RESULTADOS

El equipo surge de una demanda real y creciente por parte de las familias en la atención al parto en casa y de un deseo de cambio y reto profesional. Somos 6 matronas con implicaciones laborales distintas. Atendemos a las mujeres durante el embarazo para conocernos, nos ponemos de guardia desde la 37 a la 42 semanas y atendemos el postparto en el domicilio.

Durante el 2017 el equipo de matronas acompañó a 20 partos en la provincia de Tarragona de los cuales dos fueron sólo acompañamiento a la dilatación. El 20% de estos partos tuvieron que ser trasladados al hospital por los siguientes motivos: deseo materno, distocia de dilatación, placenta retenida y hemorragia postparto. El perfil de mujer que solicitó parto tenía una edad entre 28 y 42 años (media de 32 años), con estudios universitarios y un 50% de las mujeres eran secundíparas, 25% primíparas y 25% múltiparas. La distancia del domicilio particular al hospital más cercano no estaba en ningún caso a más de 20 minutos, como recomiendan las guías.

El 85% de los partos acompañados acabaron en parto eutócico, 5% cesárea (1 caso), 10% fueron acompañamiento a la dilatación, uno acabó en parto eutócico en el hospital y el otro cesárea.

CONCLUSIONES

Observamos que los datos analizados coinciden con los presentados por las diversas asociaciones nacionales e internacionales en atención al parto en casa.

Como profesionales nos sentimos en el deber de informar y de acompañar a las mujeres y a sus familias en sus demandas a necesidades específicas. Somos conscientes que el acompañamiento al parto en casa requiere de una implicación constante, formación y autocrítica para asegurar una continuidad en los cuidados de las familias.

Los modelos de atención dirigidos y liderados por matronas proporcionan atención segura y de alta calidad, con lo que se consideran los más adecuados para las mujeres en edad fértil. Por otro lado, es el modelo más rentable y sostenible.

BIBLIOGRAFÍA:

- Col.legi oficial Infermeria de Barcelona. Guia d'assistència del part a casa. Barcelona. 2010
- 2. Office for National Statistics Births in England and Wales by Characteristics of Birth 2. 2012.
- 3. De Jonge A, Geerts CC, van der Goes BY, Mol BW, Buitendijk SE, Nijhuis JG. Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743,070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases. BJOG. 2014 Sep 10; Epub 2014.
- 4. Parto planificado en el hospital versus parto planificado en el domicilio (Revision Cochrane traducida).

- Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 11. Art. No.: CD000352. DOI: 10.1002/14651858.CD000352
- 5. National Institute of Health and Clinical Excellence Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth NICE Clinical Guideline 55. London: NICE. 2014.
- Lindgren H, Radestad I, Christensson K, Hildingsson I. Outcome of planned home births in Sweden 1992–2005. *Acta Obstet Gynaecol Scand.* 2008;87:751–759.
- Durand, AM. The safety of home birth: the farm study. *Am J Public Health,* 82 (3), p.450-453. 1992.
- Forster, DA., McLachlan, HL., Davey, MA., Biro, MA., Farrell, T., Gold, L. Flood, M., Shafiei, T. and Waldenström, U. Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: results from the COSMOS randomised controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth,*16 (28) 2016.
- Schroeder, E., Petrou, S. and Hollowell, J. Birthplace cost-effectiveness analysis of planned place of birth: decision analytic model. *Birthplace in England research programme.* 2015.
- Kataoka Y, Eto H, Iida M. Outcomes of independent midwifery attended births in birth centres and home births: a retrospective cohort study in Japan. *Midwifery.* 2013;29:965–972.
- Blix E, Huitfeldt AS, Øian P, Straum B, Kumle M. Outcomes of planned home births and planned hospital births in low-risk women in Norway between 1990 and 2007: a retrospective cohort study. *Sex Reprod Healthcare.* 2012;3:147–153.
- Birthplace in England Collaborative Group Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ.* 2011;343:d7400.
- 13. Kennare RM, Keirse MR, Tucier GR, Chan AC. Planned home and hospital births in South Australia 1991–2006: differences in outcomes. *MJA.* 2010;192:76–80.
- Catling-Paul C, Coddington RL, Foureur MJ, Homer CS. Publicly funded homebirth in Australia: a review of maternal and neonatal outcomes over 6 years. *MJA.* 2013;198(1):616–620.
- Homer CS, Thornton C, Scarf VL, et al. Birthplace in New South Wales, Australia: an analysis of perinatal outcomes using routinely collected data. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14:206.
- Hutton E, Reitsma A, Kaufman K. Outcomes associated with planned home and planned hospital births in low-risk women attended by midwives in Ontario, Canada, 2003–2006: a retrospective cohort study. *Birth.* 2009;36(3):180–189.
- Janssen PA, Saxel L, Page LA, Klein MC, Liston RM, Lee SK. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *CMAJ.* 2009;181(6–7):377–383.
- De Jong A, van der Goes BY, Ravelli ACJ, et al. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529,688 low risk planned home and hospital births. *BJOG.* 2009;116:1177–1184.
- Van der Kooy J, Peoran J, De Graff JP, et al. Planned home compared with planned hospital births in the Netherlands: intrapartum and early neonatal death in low-risk pregnancies. *Obstet Gynecol.* 2011;118:1037–1046.
- Davis D, Baddock S, Pairman S, et al. Planned place of birth in New Zealand: does it affect mode of birth and intervention rates among low risk women? *Birth.* 2011;38(2):111–119.
- Grünebaum A, McCullough LB, Sapra KJ, et al. Apgar score of zero at five minutes and neonatal seizures or serious neurologic dysfunction in relation to birth setting. *Am J Obstet Gynecol.* 2013;209:323:e1–e6.
- Cheyney M, Bovbjerg M, Everson C, Gordon W, Hannibal D, Vedam S. Outcomes of care for 16,924 planned home births in the United States: the Midwives Alliance of North America statistics project, 2004 to 2009. *J Midwifery Womens Health.* 2014;59(1):17–27.
- Hildingsson I, Radestad, Lindgren H. Birth preferences that deviate from the norm in Sweden: planned home birth versus planned cesarean section. *Birth.* 2010;288–295.
- Merg AL, Carmony P. Phenomenological experiences: homebirth after hospital birth. *Int J Childbirth Ed.* 2012;27:70.

CUANDO ESPERAS LA VIDA Y LLEGA LA MUERTE: PROTOCOLO DUELO PERINATAL.

AUTORAS: Román Pérez Patricia, Sánchez Ruano Carolina.*

*Matronas Hospital Dr. Peset (Valencia)

OBJETIVO

Definir los recursos necesarios en la atención y acompañamiento que reciben los padres, por parte del personal sanitario, para el afrontamiento de la muerte de un hijo en el periodo perinatal.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de búsqueda bibliográfica de artículos existentes sobre duelo perinatal en lengua inglesa y española en las bases de datos, Index , Cochrane, así como protocolos y guías empleando las siguientes palabras clave: perinatal loss, perdida perinatal, perinatal death, muerte perinatal, grief, dolor, miscariage, aborto espontaneo, stillbirth, bereavement, duelo.

RESULTADOS

En la introducción del protocolo se han recogido resultados satisfactorios por parte del personal sanitario, ya que ha potenciado el consenso y trabajo en equipo, influyendo directamente en la calidad del acompañamiento en el duelo. Asimismo, el contar con esos recursos e información, hace que tengan mayor seguridad en el abordaje psicológico que requieren estos casos.

CONCLUSIONES

La pérdida de un hijo, sin duda, supone una de las mayores situaciones de estrés emocional que se puede experimentar. La falta de preparación del personal, que comparte estos duros momentos con las familias, puede llegar a hacer más difícil, si cabe, su afrontamiento. La atención que reciben los padres en el momento de la pérdida condicionará la evolución del proceso posterior del duelo. La mejora en los cuidados no puede hacer desaparecer el dolor y desesperanza que la pérdida de un embarazo o muerte de un recién nacido puede conllevar, pero si influir directamente en que ese duelo no se convierta en patológico.

BIBLIOGRAFÍA

- Clarke, J. (2015). Perinatal grief as a deeply social experience: perspectives of bereaved parents. *BMJ Support Palliat Care*, 5 1-18.
- Farrow, V. A., Goldenberg, R. L., Fretts, R. & Schulkin, J. (2013). Psychological impact of stillbirths on obstetricians. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 26(8), 748-752.
- Flenady, V. y Wilson, T. (2008). Apoyo a madres, padres y familias después de la muerte perinatal. (Revisión Cochrane traducida). En Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>
- Fernández-Alcántara, M., Cruz-Quintana, F., Pérez-Marfil, N., y Robles-Ortega, H. (2012). Factores psicológicos implicados en el duelo perinatal. *Index de Enfermería*, 21(1-2), 48-52.
- Hospital General Universitario Gregorio Marañón (2011). *Actuación de la matrona ante la muerte perinatal*. Protocolo asistencial.
- Kübler-Ross, E. (2006). *La muerte: un amanecer*. Barcelona: Ediciones Luciérnaga.
- Pastor Montero, S., Romero Sánchez, J. M., Hueso Montoro, C., Lillo Crespo, M. , Vacas Jaén, A. G., y Rodríguez Tirado, M. B. (2011). La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud1. *Rev. Latino-Am. Enfermagem Artículo Original* 19(6):[08 pantallas] nov.-dic.
- SEGO. (2010). *Guías de prácticas de asistencia. Medicina Perinatal. Definiciones Perinatológicas*. Disponible en <http://www.prosego.com/categoria-guia-asistencia/medicina-perinatal/page/2/>
- Tarrat, B., Galindo A. y Medina, M. (2014). *Volver a vivir tras la pérdida de un hijo*. Madrid: Menudos Corazones. Recuperado de <http://www.menudoscrazones.org/wp-content/uploads/Guia-Duelo-II-baja.pdf>
- Umananita y El Parto es Nuestro (2009). *Guía para la atención de la muerte perinatal y neonatal*. Disponible en <http://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2015/06/Guia-Atencion-Muerte-Perinatal-y-Neonatal.pdf>
- Hospital Virgen de la Arrixaca (2016). *Guía actuación y acompañamiento en la muerte gestacional tardía*.
- Santos Redondo, P., Yáñez Otero, A., Al-Adib Mendiri, M.,SES (2015). *Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad*.

PLAN DE PARTO: EFECTO SOBRE LA SATISFACCIÓN DE LAS MADRES.

AUTORAS: Irene González Pérez ¹, Andrea García de la Rosa²

¹Matrona Centro de Salud San Isidro (Tenerife)

²Matrona Hospital Universitario de Canarias (Tenerife)

OBJETIVO

Determinar el efecto de la aplicación de un plan de parto en el grado de satisfacción de las madres.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño del estudio: cohortes, descriptivo.

Grupo intervención: presenta plan de parto.

Grupo control: no presenta plan de parto.

Ámbito de estudio: paritorios y planta postparto de los hospitales donde se lleva a cabo la investigación.

Sujetos de Estudio: gestantes asistidas durante la fase de captación y desarrollo de las intervenciones de este estudio en los hospitales donde se lleva a cabo la investigación.

Tamaño muestral: n: 100.

Instrumentalización: las participantes fueron captadas aleatoriamente tras el parto y asignadas al grupo según presentaran plan de parto o no. Posteriormente, previo consentimiento informado, cumplieron la encuesta de satisfacción basada en la Escala "COMFORTS" validada.

Determinaciones: el análisis de los datos fue tratado desde el programa SPSS 20.0.

RESULTADOS

El cuestionario COMFORTS validado consta de 40 ítems valorados con una escala de Likert de 1 a 5, desde muy insatisfecha a muy satisfecha. Se analizó la satisfacción de las gestantes en cada grupo. Aquéllas que presentaron plan de parto obtuvieron mejores resultados en cuanto a satisfacción: 98% "muy satisfechas" frente al 26% del grupo control.

	GRUPO INTERVENCION	GRUPO CONTROL
MUY SATISFECHA	49	13
SATISFECHA	1	18
INDIFERENTE	0	16
INSATISFECHA	0	3
MUY INSATISFECHA	0	0
TOTAL	n=50	n=50

CONCLUSIONES

Empoderando a las gestantes se obtiene resultados y experiencias más positivas del parto; y el plan de parto es el instrumento de apoyo elaborado para esto.

Los profesionales deben facilitar y respetar las decisiones tomadas por las gestantes y la matrona debe revisar el plan de parto con la gestante en paritorio.

La educación maternal permite que la mujer se sienta en control de su parto y mejore así su experiencia.

Se necesita más investigaciones sobre los efectos del plan de parto en los resultados perinatales.

COMUNICACIONES POSTERES

HÁBITOS ALIMENTICIOS Y ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE EL EMBARAZO



AUTORES: Raquel Sánchez Blanco¹, Rosario Sánchez Garzón², Marcos Talavera Escribano¹

¹ Estudiantes de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte

² Matrona Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla" (Madrid)

INTRODUCCION

El embarazo es una etapa en la que las necesidades nutricionales varían ligeramente para que se pueda desarrollar de forma adecuada el feto que se gesta durante 40 semanas aproximadamente. Por ello los hábitos de vida como la alimentación y la actividad física, son fundamentales para fomentar un embarazo saludable y sin complicaciones y un mejor crecimiento y desarrollo del feto.

OBJETIVO

-Conocer cuáles son los hábitos alimenticios de las mujeres gestantes.
-Conocer el nivel de actividad física que realizan las mujeres gestantes.
-En base a los hallazgos, hacer un mapeo de situación en relación a ambas cuestiones y hacerles llegar a las gestantes una serie de ejercicios físicos generales, atendiendo al mes de gestación, así como información concisa, clara y precisa sobre hábitos alimenticios saludables especialmente indicados en este periodo.

MATERIAL Y MÉTODO

Cuestionario de 11 preguntas sobre hábitos alimenticios y actividad física.

Muestra : se recogieron perfectamente cumplimentadas 55 encuestas a mujeres embarazadas de la Comunidad de Madrid

RESULTADOS

En relación con la actividad física:

-El 63% refiere que se le ha informado POCO Y NADA sobre los beneficios de la actividad física.
-Sólo un 38% se ha planteado hacer actividad física moderada con regularidad.
-Un 40% no realiza actividad física moderada con regularidad.
-Los principales motivos para realizar actividad física según las embarazadas son:

- mejorar el desarrollo del feto
- incrementar o mantener la salud y bienestar propios
- reducir las secuelas físicas del parto
-

_Los motivos para no realizar actividad física según las embarazadas son:

- falta de tiempo y hábito.
- el 67% estaría dispuesto a remunerar a un profesional en el ámbito de la actividad física
- el 11% tiene mucho miedo a realizar actividad física.

En relación con la alimentación:

-Al 45% le han informado entre "poco y nada" sobre cuál es la alimentación correcta durante el embarazo.
-El 83% cuida más la alimentación frente a un 17% que no lo hace.
-Sobre la importancia del A. Fólico, únicamente un 65% afirma haber sido informada.
-El 31% cree que debe comer más cantidad por el hecho de estar embarazada
-El 45% realiza cinco comidas diarias, un 54% realiza menos de cinco comidas diarias y un 1% realiza más de cinco comida diarias .

CONCLUSIONES

A través de este estudio, aunque modesto, podemos concluir que existe una relevante desinformación en cuanto a la actividad física que se debe realizar durante la gestación y que menos de la mitad de las mujeres embarazadas la hacen con regularidad. Similar desinformación se observa en cuanto a la alimentación adecuada en las gestantes y los suplementos necesarios como el ácido fólico, aunque es remarcable que la mayoría tratan de cuidar más su alimentación lo que indica que, aunque de forma empíricamente en muchos casos, dan importancia al valor de la alimentación en este especial periodo de su vida y la de su hijo.

Todos los hallazgos realizados a través de este estudio de un equipo multidisciplinar (1 Matrona- 2 estudiantes de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte) confirmaron las hipótesis del mismo.

Por todo ello, a nuestro juicio, creemos en la pertinencia de crear un póster en el cual se informe tanto a profesionales como usuarias de la importancia de la atención de hábitos saludables en alimentación y actividad física idóneas para este periodo vital .

Además de esto, hemos complementado nuestro trabajo con la posibilidad de entrada a una web creada por el equipo, de fácil acceso puesto que para entrar en ella se requiere simplemente un Smartphone del que hoy dispone la mayoría de personas. Escaneando un Código QR que aparece en el póster, la usuaria será redirigida a la web en la que se le propondrá, dependiendo las semanas de gestación, una serie de tablas de ejercicios físicos u otros que ellas mismas podrán realizar sin complicación, sin miedo, en cualquier momento del que dispongan, sin pérdida de tiempo en desplazamientos y coste 0.

En última instancia, podríamos conseguir que estas usuarias que hoy adoptan un hábito y regularidad en la actividad física, una vez finalicen esta situación especial, la mantengan al haber adquirido conciencia de la importancia del ejercicio físico regular en todos los momentos de la vida. De igual modo tendrán acceso a contenido sobre hábitos alimenticios recomendados para este especial periodo y quizás también pueda marcar una pauta saludable en el futuro.

Entendemos también en este caso, la importancia de la colaboración entre matronas y otros profesionales, para llevar a cabo una actividad beneficiosa, completa y sin riesgo conjuntando los conocimientos y habilidades de todos los miembros del equipo sin perder de vista que la matrona, es el profesional de referencia para el cuidado de la mujer en esta etapa.

OBJETIVO: EVITAR LA OBESIDAD GESTACIONAL. EXPLORANDO LOS HÁBITOS DIETÉTICOS EN GESTANTES DE 2 CC.AA. DIFERENTES .



AUTORAS: Alba Diez Ibarbia¹, Estefanía Moreno Román², Natalia Herrero Fernández¹.

¹Matronas, H.U. " Marqués de Valdecilla" Santander (Cantabria)

²Matrona, Hospital Clínico Universitario (Salamanca)

INTRODUCCIÓN

Se ha comprobado, que tanto el índice de masa corporal pre-gestacional y la ganancia de peso durante el embarazo son dos factores que aumentan los riesgos durante el embarazo, parto y puerperio. El seguimiento de una dieta equilibrada reduce los riesgos de un recién nacido mayor de 4kg, la incidencia de síndrome de distress respiratorio y una menor estancia en el ingreso hospitalario. En España el 55% de las mujeres entre 18 y 44 años sufren sobrepeso y un 26,9% obesidad. Todas ellas son cifras preocupantes, que sacan a la luz el grave problema que debe enfrentar la Sanidad Pública en cuanto a la salud de las mujeres en edad reproductiva y gestantes.

La Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN) alienta a la sociedad a seguir unos hábitos alimenticios basados en los beneficios de una dieta mediterránea.

Hoy en día muchas mujeres no siguen unos patrones adecuados, antes y durante el embarazo, objetivándose una deficiencia en nutrientes claves. No cabe duda que el embarazo es una situación especial, que debemos abordar de una manera más específica. Es por ello que la Guía de Práctica Clínica de Atención al Parto y Puerperio detalla de manera concisa los hábitos alimentarios que se debe seguir en el embarazo y que son originales de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC).

OBJETIVO

Objetivo general

Explorar los hábitos alimenticios en gestantes residentes en las Comunidades Autónomas de Cantabria y La Rioja.

Nuestra pretensión era más ambiciosa pero ha resultado difícil conseguir mayor colaboración de matronas y gestantes de las zonas y la muestra ha quedado en sólo 40 encuestas completas, y otras incompletas de las que se podrán extraer datos interesantes, aunque nuestro objetivo es continuar en este empeño para posteriormente llevar a cabo un proyecto de investigación con mayor tamaño muestral.

Objetivos específicos

- Analizar el IMC previo a la gestación
- Determinar las diferencias en los hábitos dietéticos seguidos por la población gestante cántabra, con respecto a la riojana
- Analizar la existencia de variables influyentes en los hábitos alimentarios seguidos por las gestantes y la realización de las modificaciones oportunas por parte de la matrona.
- Continuar este estudio en un futuro incrementando el tamaño muestral para conseguir mayor fiabilidad de los resultados, y analizar muchas otras variables de interés al respecto y ya predeterminadas en las encuestas.

MATERIAL Y MÉTODO

Para dar respuesta a los objetivos fijados se llevó a cabo la realización de un estudio prospectivo de la población a estudio, a través de la cumplimentación de un cuestionario ad hoc basado en otros validados y aplicados en la exploración de hábitos alimentarios.

La población objeto de estudio es de 20 gestantes residentes en la Comunidad Autónoma de Cantabria y 20 gestantes residentes en La Rioja a partir de la 32 semanas de embarazo que cumplan los criterios de inclusión.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

- Entorno al 44% de mujeres tienen un IMC pre-gestacional superior al normal (40% sobrepeso-4% Obesidad 1^{er} grado), 4% por debajo de la normalidad
- El 75% de las gestantes refirió realizar ejercicio antes y durante el embarazo aunque con variaciones significativas en frecuencia, intensidad y tiempo.
- La mayoría (90%) dice realizar una dieta variada y equilibrada, siendo similar antes y durante la gestación.
- 9 de cada 10 embarazadas, realizan entre 4 y 5 ingestas diarias y su bebida principal es el agua, ninguna consume alcohol.

- Se detecta un consumo de alimentos superfluos (snacks y principalmente bollería) que deberían suprimir por alimentos más saludables.
- Persiste, aunque minoritariamente, el habito tabáquico entre gestantes algunas de las cuales abandonan o disminuyen durante el embarazo, concienciadas del beneficio materno-fetal de la deshabituación con el refuerzo de la matrona.
- En Cantabria se consume más fruta, verdura, hortalizas y legumbres, además de más lácteos. Sin embargo, en la Rioja se consumen más huevos.
- No existen diferencias estadísticamente significativas entre el IMC, alimentación y hábitos de vida de las gestantes de ambas CC.AA.
- Pensamos que es necesario reforzar desde la consulta de la matrona la importancia de mantener peso actividad física y nutrición adecuados en todas las mujeres, pero especialmente en las gestantes.
- Creemos que es de especial interés y atención por parte de la matrona incidir desde la preparación maternal, en el caso de las gestantes, sobre las pautas de nutrición, ejercicio físico, hábitos saludables y prestar apoyo personalizado a las gestantes que más dificultades presentan para adscribirse a estas pautas.

MATERNIDAD SUBROGADA: ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ÉTICO-LEGAL.

AUTORAS : *María Ángeles Campos Herrero*¹, *María Conde Álvarez*², *Eva Hortigüela Cámara*¹, *Ana López Cadenas*³, *Lucía Val Peón*².

¹E.I.R s, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

²E.I.R s, Complejo Hospitalario de A Coruña

³E.I.R, Complejo Hospitalario de Pontevedra.

OBJETIVOS

PRINCIPAL

- Conocer las bases éticas y legales de la maternidad subrogada.

ESPECÍFICOS:

- Analizar la situación a nivel mundial.
- Analizar la situación en España.
- Establecer un análisis comparativo.

MATERIAL Y MÉTODO

- Tipo de estudio: Revisión sistemática.
- Estrategia de búsqueda: Se ha realizado en las bases de datos PUBMED, CINHALL, DIALNET, EMBASE, UPTODATE, COCHRANE, JOANNA BRIGGS mediante el motor de búsqueda MERGULLADOR de BIBLIOSAÚDE. Se enmarcó la búsqueda en un periodo temporal de los dos últimos años. Se sistematizó la búsqueda en dos fases. En la primera fase, a fin de establecer el marco conceptual de trabajo, se emplearon los descriptores MESH “surrogate” AND “mothers” (obteniendo como resultado de la búsqueda n=12 artículos de revisión). Tras la lectura y análisis de los mismos se excluyeron 8 de dichos artículos de revisión ya que no contribuían al conocimiento del marco ético-legal del tema a estudio. En una segunda fase, se emplearon los términos y booleanos (“Surrogate”[Mesh]) (“Mothers” [Mesh] OR “Mother” [Mesh]) (“bioethics” [Mesh]) con sus diferentes combinaciones.

Crterios de inclusión y exclusión de los estudios:

Se utilizaron como criterios de inclusión:

- (a) publicación en inglés o español;
- (b) desarrollo de cuestiones bioéticas y legales de la maternidad subrogada;
- (c) marco temporal de la publicación entre enero de 2013 y marzo de 2018.

Como criterios de exclusión se utilizaron:

- (a) específicos de la legislación de un único país, exceptuando España;
- (b) exclusivos sobre filiación.

Para la selección de los artículos se realizó la lectura de los resúmenes y posteriormente de los artículos completos. Así mismo, a partir de la bibliografía de los artículos, se accedió a la fuente original ya fuesen artículos, libros, etc., y se procedió a su lectura para decidir su inclusión o no en el estudio.

Tras la búsqueda se localizaron 91 resultados, aunque se excluyeron 69 que no se correspondían con el objetivo de esta revisión; seleccionándose 22 trabajos (un libro, un TFG, un informe de un Comité y 19 artículos). (Ver figura nº1)

RESULTADOS:

De acuerdo con los objetivos planteados los resultados se indican a continuación:

Según el primer objetivo específico, la situación a nivel mundial se refleja en la tabla 1. Hemos constatado que la literatura científica revisada recoge el marco ético-legal de 16 países. Hemos estructurado la información existente atendiendo a: prohibición; admisión total; admisión con fin altruista y finalmente, las características recogidas en el marco normativo. En base a estos criterios, hemos verificado su prohibición en 7 países y su admisión en 13, si bien de éstos últimos sólo es sin consideraciones adicionales en 4 (Ver tabla nº1).

PAIS	PROHIBICION	PERMISION TOTAL	PERMISION ALTRUISTA	CARACTERÍSTICAS/AMBITO DE ACTUACION
FRANCIA	X			Prisión para los intermediarios.
ALEMANIA	X			Prohíbe y castiga la gestación por sustitución pero no a la gestante ni a la comitente.
SUIZA	X			Penado por ley (tanto los solicitantes del servicio, como los intermediarios).
ITALIA	X			Penada la organización, realización o publicidad de esta práctica. Excepción: Tribunal civil Roma en Febrero 2000 permitido a mujer con malformación genital.
AUSTRIA	X			TRA sólo permite gametos propios de comitentes excepto esterilidad masculina, que permite semen donante pero sólo mediante inseminación artificial
R.UNIDO			X	Sólo por motivos médicos y sin ejecutar contrato. Gestante 6 semanas de reflexión tras parto para entregar o no al RN
CANADA			X	Ley prohíbe gestación comercial pero delega en cada provincia la interpretación legal de cada caso.
GRECIA			X	Para ciudadanos griegos (no parejas homosexuales). Comitente debe acreditar incapacidad para gestar. Gestante no puede aportar sus óvulos. Entrega del recién nacido debe estar pactada con anterioridad al parto.
BRASIL			X	No legislación específica, regulado por resoluciones. Gestante debe ser familia de uno de los comitentes.
ISRAEL			X	Condiciones concretas, parejas heterosexuales. Filiación requiere autorización por orden judicial.
RUSIA		X		Prohibida la modalidad "tradicional". Filiación requiere consentimiento de gestante.
UCRANIA		X		País más liberal en esta materia pero parejas homosexuales no pueden ser comitentes. Mujer debe acreditar su incapacidad para gestar. Gestante no puede reclamar hijo si material genético es de los comitentes.
INDIA			X	Desde 2016 solo se admite la altruista, quedando excluidos homosexuales y extranjeros.
AUSTRALIA			X	Semejante al sistema de Reino Unido pero con más requisitos. No permitida a homosexuales o personas solteras.
MÉJICO	X	X	X	Cada estado es competente para regular esta práctica. Destinado a nacionales. No tiene en cuenta orientación sexual o soltería.
EE.UU	X	X	X	Gran variabilidad legal entre estados (Arizona y Columbia la prohíben expresamente).

Tabla 1.-Marco ético-legal de la maternidad subrogada a nivel mundial

De acuerdo con el segundo objetivo específico: El marco legislativo actual en España viene dado por el artículo 10 de la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida, el cual establece que "será nulo de pleno derecho el contrato por el que se convenga la gestación, con o sin precio, a cargo de una mujer que renuncia a la filiación materna a favor del contratante o de un tercero" y que "la filiación de los hijos nacidos por gestación de sustitución será determinada por el parto", por lo que los contratos de gestación subrogada no tendrían efecto. Los artículos 220 y 221 del Código Penal establecen las penas que se impondrán a las personas que entreguen a un hijo para que se modifique su filiación.

A pesar de no ser legal en España, numerosas personas acceden al registro de los hijos nacidos mediante esta técnica gracias a la Instrucción de la Dirección General de los Registros y el Notariado (DGRN) del 5 de Octubre de 2010 y a las indicaciones del Tribunal Europeo de los Derechos Humanos.

Para el tercer objetivo específico: Establecer un análisis comparativo.

Tras el análisis del material hemos verificado que existen argumentos ético-legales comunes a la mayor parte de autores. Los categorizaremos en función de las posibles repercusiones esgrimidas por los/as autores/as:

ARGUMENTOS A FAVOR:

- Su regulación terminaría con el mercado negro existente y el turismo reproductivo (con el riesgo de abuso al que se ven sometidas las mujeres de países más desfavorecidos).
- Daría respuesta a una creciente demanda social.
- Supondría una ingente y productiva actividad económica, especialmente conveniente en tiempos de crisis.
- Aseguraría el derecho a la filiación y a la identidad del niño.
- Garantizaría el derecho a la reproducción permitiendo acceder a la paternidad a personas con imposibilidad física para poder concebir.
- Ofrecería seguridad jurídica a las partes.

- Defiende el derecho a la igualdad (imposibilidad de tener hijos genéticamente propios en las parejas homosexuales de hombres).
- Alternativa a los complejos procesos de adopción.
- No atenta contra la salud física y psíquica de la gestante ni del nacido.
- Beneficia a todos los implicados.
- Defiende la autonomía reproductiva.

ARGUMENTOS EN CONTRA:

- Atenta contra la dignidad de la mujer, instrumentalizando su cuerpo y mercantilizando su capacidad reproductora.
- Riesgo de cosificación del niño al ser considerado objeto de comercio.
- Prioriza el deseo reproductivo de los comitentes frente al interés superior del menor.
- Vulnera el principio de igualdad en lo referente al aspecto económico, ya que sólo las personas de mayor poder adquisitivo podrán acceder a estas técnicas en países extranjeros.
- Consecuencias negativas para las partes más vulnerables; gestante (alteraciones psíquicas, etc.) y menor (alteración en desarrollo identidad, etc.)
- Explotación de la mujer (granjas de mujeres en países subdesarrollados) y riesgo de tráfico de niños.
- Pone en riesgo la libertad de elección de la madre gestante en materia de derechos sexuales y reproductivos (control sexual de la mujer).
- Dificultad para comprender la situación familiar en caso de que exista un vínculo de unión con la gestante.
- Imposible dissociar gestación-maternidad debido al vínculo desarrollado durante la gestación.
- Dificultades para establecer la filiación en función de la legislación de cada país.
- La adopción pasaría a un segundo plano porque se optaría por gestar a un hijo con vínculo genético.
- El deseo de tener un hijo no es garantía de que vaya a ser querido y cuidado.
- Riesgo de que el nacido quede en situación de desamparo si se produce una ruptura del acuerdo.

CONCLUSIONES

1.-Esta técnica, a la cual recurren cada vez más personas, ha suscitado un intenso debate ético-social en todo el mundo, debido a que plantea diversos dilemas; por una parte el desarrollo científico y los cambios a nivel social postulan su admisión y regulación, y por otra parte, parece ser contraria al conjunto de principios y valores en los que se fundamenta nuestra sociedad.

2.-Son múltiples los argumentos expuestos a favor y en contra de la maternidad subrogada, pero destacan dos líneas de pensamiento claramente diferenciadas; los que están a favor de su prohibición, argumentando para ello la necesidad de protección de la dignidad humana y del interés superior del menor, y por otro lado los que apoyan su aprobación, basándose en el principio de igualdad, en lo que respecta a filiación, sexualidad y situación económica, y en el derecho a la autonomía reproductiva.

3.-En la actualidad nos encontramos ante un clima de alta inseguridad jurídica debido a la gran disparidad legislativa en lo relativo a la regulación de esta práctica. Dentro de esta heterogeneidad, podemos observar una clara tendencia restrictiva en la mayoría de los países europeos, entre ellos España.

4.-Conscientes de la complejidad que reviste la maternidad subrogada, del creciente número de acuerdos que se producen y ante la dispar recepción que tiene en los distintos ordenamientos jurídicos, consideramos necesaria una regulación urgente sobre la misma, a nivel nacional e internacional, en la que se valoren todos los aspectos que entran en conflicto en estos casos, con el fin de evitar la existencia de situaciones de desprotección para las partes intervinientes en este tipo de acuerdos. Es precisa una regulación que garantice el respeto a los derechos humanos, haciendo prevalecer el interés superior del menor, especialmente cuando estos acuerdos se siguen realizando al margen de la ley.

ATENCIÓN A LA PROBLEMÁTICA SANITARIA Y SOCIAL MEDIANTE EL ANÁLISIS DEL CINE

AUTORES: *María Lourdes Isal Forto¹, David Sabate Lissner², Alba Murillo Monterroso³, Silvia Martínez García⁴, Nuria Vallmajo Gómez⁵, Manuel Murillo Molina⁵.*

¹ *Matrona Assir Reus (Tarragona)*

² *Enfermero , Director del CUAP Reus (Tarragona)*

³ *Enfermera Cap ABS la Selva del Camp (Tarragona)*

⁴ *Matrona Hospital de Móstoles (Madrid)*

⁵ *Matronas Assir Reus (Tarragona)*

INTRODUCCIÓN

El cine es el reflejo de una sociedad, a través de él podemos identificar aspectos que se suscitan y que muchos nos son ajenos .El cine es un medio de comunicación, expresa el sentir y situación de una sociedad. Es un buen instrumento y complemento para comprender y reflexionar sobre los aspectos sociales y de salud importantes y nos puede ayudar en la práctica profesional diaria. La filmografía describe de alguna manera los fenómenos sociales-sanitarios, narra los acontecimientos y proceder de la vida humana, revestidos de innumerables y diferentes circunstancias que encubren una realidad social.

OBJETIVO

Aproximar y sensibilizar a los profesionales sanitarios en el conocimiento de la realidad social y sanitaria en la que trabajamos mediante el material que nos aporta el cine.

MATERIAL Y MÉTODO

1-Diseño de 1 taller: 8 sesiones de 2 horas de duración semanal dirigido a los miembros del equipo multidisciplinar. Se tratará la problemática social y sanitaria que podemos encontrar en nuestro trabajo diario mediante la exposición filmográfica.

2-Análisis y comentarios del tema expuesto; reflexiones, críticas y la exposición de fragmentos de películas que nos lleve a conocer la complejidad de la realidad social y sanitaria y la forma de abordar esta realidad desde el ámbito sanitario.

Sesión 1 Abordaje de la violencia en el entorno familiar y de género: Exposición de la película “Te doy mis ojos”

Sesión 2 Abordaje del maltrato infantil. Exposición de la película “El bola”

Sesión 3 Abordaje de crisis familiares: Exposición de la película “el hijo de la novia”

Sesión 4 Abordaje de la problemática de inmigración Exposición de la película “Las hijas de Mohamed”

Sesión 5 Abordaje de adicciones y drogodependencias Exposición de la película “Martin Hache”

Sesión 6 Abordaje del alcoholismo Exposición de la película “Días de vino y rosas”

Sesión 7 Abordaje de la problemática en salud mental Exposición de la película “Mr. Jones”

Sesión 8 Abordaje de la enfermedad terminal y el duelo Exposición de fragmentos de las películas “Mi vida sin mí” y “La habitación del hijo”

RESULTADOS

Mediante la exposición y análisis de las diferentes temáticas filmográficas, se consigue un acercamiento y sensibilización a los distintos escenarios sociales relacionados con la problemática sanitaria y social en la que trabajamos.

CONCLUSIONES

Entre los profesionales que participaron en los talleres, se constata un mejor conocimiento de las situaciones que encuentran en la práctica diaria. Posibilita un abordaje efectivo en temas de vital importancia .Mejora la interacción y relación paciente- profesional.

EL PAPEL DE LA MATRONA EN LA TOMA DE DECISIONES DE LAS GESTANTES. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.



AUTORA: Irene González Pérez

Matrona C. Salud San Isidro (Tenerife)

OBJETIVO

Determinar el papel de la matrona en la toma de decisiones de las gestantes.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica en las bases de MEDLINE y PubMed; con búsqueda de artículos, en los últimos 2 años, idioma: inglés y utilizando los términos “decisión making” y “midwife”, ya que en español no se encontró suficiente bibliografía.

Resultado: 389 artículos, 111 de ellos estudios cualitativos.

RESULTADOS

El tipo de relación que se cree entre la matrona y la gestante influye en la toma de decisiones.

Existen 3 procesos para tomar decisiones:

- Paternalista: los profesionales toman la decisión y se la comunican a la gestante.
- Compartido: las decisiones se toman entre el profesional y la gestante.
- Las decisiones las toman las gestantes tras haber sido informadas por parte de los profesionales de la evidencia científica más actualizada.

Los profesionales suelen ofrecer la evidencia científica con la que más cómodos se sienten a la hora de trabajar.

El contexto social de la gestante, así como su nivel educativo y económico repercute en el proceso de toma de decisión. Es función de la matrona identificar estos aspectos para facilitar dicho proceso.

El ambiente hospitalario y la toma urgente de decisiones comprometen el proceso de toma de decisiones.

CONCLUSIONES

Los deseos, necesidades, expectativas y preferencias de las gestantes, deben ser considerados siempre que se tomen decisiones para con su plan de cuidados.

El plan de parto es un documento en el que la gestante puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y el nacimiento. Los profesionales, por su parte, deben facilitar y respetar las decisiones tomadas por ellas. Asimismo, es un documento que ampara la Ley Básica reguladora de la autonomía del paciente y que ostenta valor de consentimiento informado.

El vínculo que se crea entre matrona y gestante, tiene efectos sobre el proceso de toma de decisiones. Además, existe modelos de cuidados continuados (como el de Nueva Zelanda, Reino Unido, etc.) que impactan favorablemente en los resultados perinatales así como en la experiencia de parto.

El proceso de comunicación y el lenguaje no verbal no pueden subestimarse cuando se toman decisiones.

EMBARAZO ECTÓPICO CORNUAL. CASO CLÍNICO DE ECOGRAFÍA DE MATRONA

6

POSTER

AUTORAS: Rosa Ana Martín de Vega¹, Gloria Boal Herránz², Matilde Fernández y Fernández-Arroyo³

¹Matrona, C.S Fuencarral (Madrid)

²Matrona, C.S San Fernando (Madrid)

³Matrona, C.S Rosa de Luxemburgo (Madrid)

OBJETIVO

Describir un caso clínico de embarazo ectópico cornual detectado por la matrona de atención primaria mediante ecografía obstétrica.

MATERIAL Y MÉTODO

Caso clínico. Ubicado en atención primaria en la consulta de la matrona. Atención prestada en la Comunidad de Madrid, en abril de 2016. El centro de salud cuenta con un ecógrafo que la matrona utiliza para el seguimiento de gestación. Gestante de 32 años, secundigesta. Embarazo previo normal y parto eutócico. Gestación actual de 9 semanas. Acude a la consulta de la matrona para captación, derivación y posterior seguimiento. Anamnesis sin datos de relevancia. Constantes normales. Normopeso. No refiere sintomatología de interés. Se realiza ecografía obstétrica de matrona de primera visita de gestación, previa firma de consentimiento informado.

RESULTADOS

Se visualiza mediante ecografía transabdominal útero con forma irregular, alargado y engrosado en el cuerno derecho, con embrión con latido cardiaco positivo en el interior de dicho cuerno. Reacción endometrial acorde a la edad gestacional. La matrona ante la sospecha de imagen ecográfica fuera de lo normal, realiza una derivación a urgencias del hospital para su valoración. En el servicio de urgencias obstétricas del hospital de referencia se diagnostica de "Embarazo Ectópico Cornual". Por lo que se le realiza una laparoscopia exploratoria para confirmar el diagnóstico. Ante el riesgo de rotura inminente es intervenida al día siguiente. Se finaliza la gestación sin complicaciones.

CONCLUSIONES

Este caso clínico muestra que la ecografía obstétrica de matrona de atención primaria ha servido para detectar precozmente una gestación anómala que ha requerido derivación urgente al hospital. Esta rápida detección ha evitado el riesgo de morbi-mortalidad materna. La gestación ectópica cornual facilita que la rotura uterina en este tipo de embarazo sea tardía y mortal, por la cercanía de las arterias uterinas en su rama ascendente. En la búsqueda bibliográfica se encontraron dos casos clínicos que muestran similar gravedad (Salazar-López, 2013; Carazo, 2012).

La utilización del ecógrafo por parte de la matrona de atención primaria es una intervención necesaria y decisiva para la detección precoz de situaciones de riesgo obstétrico. No se han encontrado publicaciones de casos clínicos similares de intervenciones ecográficas de matrona. Este caso puede servir de referencia para fundamentar la realización de ecografías por parte de las matronas. El ecógrafo es un medio técnico que implantado en los centros de salud aporta a los profesionales de atención primaria, incluido a las matronas, la posibilidad de mejorar la atención sanitaria.

PALABRAS CLAVE: Ectopic pregnancy, cornual pregnancy, interstitial pregnancy, diagnostic ultrasound.

BIBLIOGRAFIA

- Salazar-López R, Antillón-Valenzuela J. Embarazo en cuerno rudimentario: Diagnóstico sonográfico del primer trimestre y confirmación laparoscópica. *Ginecol Obstet Mex* 2013; 81:482-486.
- Carazo B, Rojas B, Sanz A, Garcés M. Rotura uterina de un embarazo cornual: una urgencia obstétrica. *Ginecol Obstet Mex* 2012; 80(7):491-494.

ESTUDIO DE LA COBERTURA DE LA VACUNA DE LA GRIPE EN NUESTRA POBLACIÓN DE EMBARAZADAS.

AUTORES: M^a Carmen Jaso Santafe¹, Juan Acosta Diez², Angels Viñals Gutiérrez¹, Carmen Oller Vives³, Montserrat Bach Martínez¹.

¹ Matronas Quironsalud Hospital Universitari General de Catalunya (Barcelona)

² Ginecólogo Quironsalud Hospital Universitari General de Catalunya (Barcelona)

³ Supervisora Sala de Partos Quironsalud Hospital Universitari General de Catalunya (Barcelona)

OBJETIVO

Conocer la cobertura de la vacuna contra la gripe en gestantes de nuestro entorno así como comparar las variables perinatales entre gestantes vacunadas y no vacunadas.

MATERIAL Y MÉTODO

Se pasó un cuestionario a 359 pacientes ingresadas en el puerperio inmediato previo consentimiento informado de un documento aprobado por el CEIC. Se estudiaron diversas variables maternas (paridad, peso, talla, cartilla vacunal previa, patología respiratoria) así como perinatales (parto, peso al nacer, ingreso en UCI) y, finalmente, se preguntó por efectos secundarios de la vacuna, persona que la recomendó y razones para no vacunarse.

Los resultados se analizaron con el programa estadístico R. Se utilizó el test de Mann Whitney para analizar las diferencias entre variables cuantitativas y el test de Fisher para las variables cualitativas

RESULTADOS

Durante el periodo analizado la cobertura global de la vacuna fue del 40,69% siendo máxima en los meses de febrero y enero (60% y 51,42% respectivamente).

La vacuna se administró en un Centro de Atención Primaria en un 68.75% de casos y en el Hospital en un 19.53%.

El 45% de las pacientes eran múltiparas; de ellas, un 39.43% recordaban haber recibido la vacuna en la gestación previa.

Un 21% de las vacunadas refirieron efectos secundarios menores como malestar general, eritema, cefalea o inflamación (11.63%, 3.87%, 3,10% y 1.55% respectivamente).

No se observaron efectos adversos severos. Cuando se comparó el grupo de vacunadas con el de no vacunadas, no se observaron diferencias en cuanto al tipo de parto eutócico o cesárea (18,60% vs 18,08%), peso del RN (3246.65 vs 3277.55 gr) ni en la tasa de ingreso en UPI de RN (6.2 vs 5.8%).

Las pacientes vacunadas refirieron mayor incidencia de patología respiratoria que las no vacunadas durante la gestación (9.78% vs. 1.58%).

La vacuna fue recomendada mayoritariamente por el ginecólogo, seguido de la matrona, el médico de familia y personas del entorno (78.30%, 10.8%, 3.10% y 1.55% respectivamente).

Las personas que optaron por no vacunarse lo hicieron por : motivos no determinados, falta de confianza, por haber sido desaconsejada, miedo a efectos sobre el bebé, no gustarle las vacunas o por malas experiencias previas (54.78%, 29.25%, 5.85%, 4.78%, 4.25%, 1.06% respectivamente).

CONCLUSIONES

Durante el periodo estudiado se observó una cobertura global del 40,69%. La administración de la vacuna no se asoció con efectos secundarios graves ni mayor incidencia de problemas perinatales. Paradójicamente, las pacientes vacunadas reportaron mayor incidencia de patología respiratoria durante la gestación.

ACOMPañAMIENTO EN EL PARTO POR CESAREA: MEJORANDO EL NACIMIENTO

AUTORAS: *Carolina Sánchez Ruano, Sandra Atienza Ramírez, María Cervera Perales .*

Matronas H.U. Dr. Peset (Valencia)

OBJETIVO

Promocionar el acompañamiento en el parto por cesárea y la realización del puerperio inmediato en el paritorio controlado por matronas valorando el grado de satisfacción de las mujeres que se beneficiaron del mismo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se incluyeron 75 mujeres en las que se llevó a cabo el protocolo de acompañamiento en cesáreas entre octubre de 2017 y marzo de 2018. Se facilitó a cada una de ellas una encuesta de calidad elaborada en base a los diferentes apartados del protocolo para valorar el grado de satisfacción, información recibida y tranquilidad percibida a la vez que se recogieron de sus historias clínicas los siguientes datos: Indicación de la cesárea (programada / urgente), realización de "piel con piel", apgar, Ph del cordón, complicaciones durante el puerperio inmediato, entre otros.

RESULTADOS

Los resultados evidencian que la iniciativa está siendo altamente gratificante, estableciéndose un contacto piel con piel precoz en quirófano y durante el control del puerperio inmediato en el paritorio, sin aumento de las tasas de complicaciones, ni en el recién nacido ni en la madre, tanto en los casos de cesárea programada como urgente.

CONCLUSIONES

El acompañamiento durante el parto por cesárea conlleva una mejora en la calidad asistencial, aumentando la satisfacción materna, sin haberse relacionado con un aumento del riesgo de complicaciones. Si bien es cierto que hay aspectos a mejorar, tales como dar a conocer que el profesional de referencia durante el proceso es la matrona, y la divulgación de la posibilidad de acompañamiento.

Tal y como se recoge en las recomendaciones de los principales organismos oficiales (OMS, Ministerio de Sanidad, Confederación Internacional de Matronas, IHAN), este protocolo potencia la figura de la matrona como referente durante el acompañamiento continuado.

BIBLIOGRAFÍA

- WHO/UNICEF. Protecting, promotion and supporting breast-feeding: the special role of maternity service. Geneva, Switzerland: World Health Organisation, 1989.
- DiMteo MR ET AL. Cesarean childbirth and psychosocial outcomes: a meta-analysis. Health Psychol 1996;303-14
- Gómez Papi A, Baiges T, Batiste MT, Marca MM, Nieto A, Closa R. Método canguro en la sala de partos. An Esp Pediatr. 1998;48:631-633
- Moore ER, Androsen GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (review). Cochrane database of systemic Reviews 2007, Issue 3, art. No: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.
- Erlandsson K, Dsilna A, Fagerberg I, Christensson K. Skin-to-skin care with the father after caesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behaviour. Birth.2007 Jun;34(2):105-104
- Smith J, Plaat F, Fisk NM. The natural caesarean: a woman-centred technique. BJOG. 2008 Jul;115(8):1037-42
- Sanchez Luna M, Pallás Alonso C.R., Botet Mussons F, Echániz Urcelay I, Castro Conde JR, Narbona E y Comisión de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología. Recomendaciones para el cuidado y atención de recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. An Pediatr (Barc). 2009;71(4):349-361
- Cuidados desde el Nacimiento, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2010.
- Guía de Práctica Clínica de Atención al Parto Normal, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2010
- Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2011

- Maternidad y Salud; Ciencia, Conciencia y Experiencia, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012
- Cesárea. Protocolos Medicina fetal y perinatal, Servicio de medicina maternofoetal, ICGIN, Hospital Clínic Barcelona. 2012
- Guía de Práctica Clínica de atención en el embarazo y puerperio, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014
- Berghella V. Cesarean delivery: postoperative issues. UpToDate 2016
- Guía de Práctica Clínica sobre la Lactancia Materna del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LA DEPRESIÓN POSPARTO PATERNA

9

POSTER

AUTORAS: Esther Martín Jiménez¹, Isabel Durand Rincón².

¹ Matrona, C.S. Juan de la Cierva , Getafe (Madrid)

² Matrona, C.S. El Restón , Valdemoro (Madrid)

OBJETIVO

La depresión posparto (DP) paterna puede afectar a 1 o 2 de cada 10 nuevos padres, y surge sobre todo cuando hay dificultad en la adaptación al nuevo rol paterno, y que en los últimos años ha ido cobrando cada día más fuerza e importancia ya que las distintas tareas de la crianza, laborales y personales han de ser compartidas por la pareja para que la familia funcione de manera eficaz y adecuada a las nuevas exigencias de la sociedad actual. Aunque hay que decir que en el diagnóstico de la depresión posparto paterna puede existir un infradiagnóstico debido entre otras causas, a la no comunicación de los síntomas por parte de los hombres ni a su pareja ni a los profesionales o porque estos síntomas aparecen algo más tarde que los propios de la depresión posparto materna, y por otro lado a que muchas veces se trata como una depresión cualquiera y no se le asocia necesariamente a la nueva paternidad.

Los cambios de vida actuales, la relevancia del rol paterno actual y la importancia de los cuidados paternos, han hecho que surja la necesidad de investigar acerca de los aspectos psicológicos en el posparto de los hombres y como estas alteraciones pueden estar relacionadas con la madre y con el hijo.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de revisión sistemática. Para la localización de los documentos bibliográficos se utilizaron varias fuentes documentales. Se realizó una búsqueda bibliográfica en CUIDENplus, PubMed y Chochrane Plus utilizando las palabras clave: Postnatal Depression, Postpartum Blues, Prediction, Prevention, Paternal Postpartum Depression. Los registros obtenidos oscilaron entre 30 y 2 registros tras la combinación de las diferentes palabras clave. También se realizó una búsqueda en internet en el buscador "google académico" con los mismos términos.

RESULTADOS

Tras el análisis de los datos de la búsqueda bibliográfica, se refleja que la PPD paterna puede afectar entre el 4 y el 25% de los padres, índices muy similares a la DP materna⁸. Los estudios reflejan que las primeras apariciones de PPD paterna ocurren en los primeros de 3 a 6 meses del posparto⁹.

Los estudios sugieren que la depresión en un miembro de la pareja se correlaciona con la depresión del otro^{10, 11}. Stadlander demostró que entre el 24 y el 50 % de los hombres con DP paterna también tenía pareja con DP¹². Algunos estudios reflejan que la DP materna es el principal factor de riesgo para predecir la DP paterna¹³.

Hay estudios que indican que los hombres con antecedentes de depresión, así como aquellos que son padres jóvenes, tienen mayor riesgo de desarrollar DP paterna^{11, 23}.

En cuanto a los síntomas que se describen en la bibliografía, muchos son similares en padres y madres, pero Melrose, en su estudio indica unos diferenciadores en hombres como: irritabilidad, indecisión, impulsividad, comportamiento violento, comportamiento evasivo, abuso de sustancias¹⁴.

El cuidado paterno es importante para el desarrollo social, cognitivo y emocional de los niños¹⁵. La depresión posparto en el padre impacta a todos los miembros de la familia, siendo el desarrollo infantil, el vínculo y la salud mental de los niños los que pueden verse alteradas a corto, medio o largo plazo¹⁶.

A corto plazo hay evidencia que padres con sintomatología depresiva perciben a sus hijos con temperamento más difícil que padres sin sintomatología, pueden favorecer episodios de llanto prolongado y dificultades en el sueño de sus hijos pequeños, existen mayores dificultades en la interacción, los lactantes presentarían mayores dificultades en la conducta alimentaria y además existe un mayor riesgo de desarrollar un estilo de apego inseguro. A medio plazo, los hijos de padres con DP paterna tienden a presentar un aumento tanto en la frecuencia de alteraciones de comportamiento, tales como problemas de conducta e hiperactividad, como en los problemas emocionales. A largo plazo, se evidencia mayor riesgo de presentar un bajo funcionamiento psicosocial y un aumento de riesgo de la ideación e intento suicida en sus hijos durante la adultez temprana, y un aumento de depresión en sus hijas durante este mismo periodo^{17, 22}.

Los métodos para detectar la DP paterna son escasos. Los instrumentos de medida utilizados en la mayoría de los estudios es la escala de Edimburgo^{18, 21}. Sin embargo, existen estudios que ponen en cuestión dicha escala, ya que carece de somatización y de elementos externos. Esto potencialmente disminuye su sensibilidad en la detección de la depresión en los padres, ya que muchos hombres realmente expresan depresión con síntomas de somatización. Demuestran que una escala que combina ítems de EPDS (Escala de Edimburgo) y de GMDS (Gotland Male Depression Scale), tienen más sensibilidad que la EPDS sola para identificar a los padres con síntomas depresivos elevados¹⁹.

Otros estudios utilizan Parenting Sense of competence scale (PSOC), y Kansas Marital Satisfaction Scale (KMSS)

Las estimaciones de la prevalencia de la DP paterna varían, pero giran en de los dos primeros meses al primer año²⁴. Así, encontramos estudios que analizan el periodo de dos meses posparto¹⁷ y estudios que su tiempo de análisis es de 3 días, 2 semanas y 6 semanas después del parto.

CONCLUSIONES

A diferencia de épocas pasadas, el hombre participa más en todo lo referente a los cuidados y crianza de los hijos, que hasta hace no mucho era función casi exclusiva de las mujeres.

Este hecho, junto con el infradiagnóstico o que la DP paterna se diagnostica más tarde o no se etiqueta como tal hace que necesitemos más estudios sobre la adecuada adaptación del padre a la paternidad para así poder prevenir o diagnosticar a tiempo una depresión posparto paterna y poder actuar de forma correcta tanto los profesionales sanitarios como la propia familia y comunidad al igual que se va haciendo con la depresión posparto materna.

En este sentido creemos conveniente acuñar un término similar al de “Maternity Blues” de la madre, pero para padres. Algo así como **“Paternity Blues”**, que vendría a describir el periodo tras el nacimiento de un hijo en el que surgen cambios a nivel físico, emocional y social que pueden causar estrés o labilidad emocional durante unos días o semanas hasta que el padre es capaz de adaptarse a las nuevas exigencias de la situación y es capaz de desarrollar habilidades y estrategias de organización tanto en su vida como en la de su familia.

Todos los estudios analizados estudian la DP paterna. No existen estudios sobre la Paternity Blues, algo que se considera necesario para poder prevenir la DPP.

Entre los factores de riesgo para desarrollar una DP en hombres se han identificado un historial personal en depresión, una relación de pareja conflictiva, la falta de apoyo de la familia y los amigos, el desempleo, un menor nivel educacional, entre otros.

En cuanto a la relación entre DP materna y DP paterna, es llamativo la correlación positiva que existe en los dos casos. Aún se está estudiando sobre ello, pero todo apunta a que las parejas masculinas de mujeres deprimidas generalmente se sienten menos apoyados y experimentan más miedo, confusión, frustración, enojo e incertidumbre.

Un dato a tener en cuenta a la hora de realizar estudios de investigación es que las medidas o escalas a utilizar para medir la Paternity Blues o la DP paterna, pueden ser escasas o pueden variar con respecto a las utilizadas tradicionalmente para medir la DP materna. Es el caso de la escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, que se usa para detectar madres con depresión posparto, carece de somatización y de elementos externos. Esto potencialmente, disminuye su sensibilidad en la detección de la depresión en los padres, ya que muchos hombres realmente expresan depresión con síntomas de somatización o externalización.

La prevención de la DP paterna se puede traducir en mejores resultados para los padres, las madres e hijos, lo que puede generar un mayor bienestar para las familias y un ahorro en gasto sanitario debido a una menor incidencia del número de consultas en centros hospitalarios y de Atención Primaria.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS GESTANTES INGRESADAS POR ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA EN 2016/2017.

10

POSTER

AUTORAS: Leticia Martín Marcos , Virginia Rodríguez Matías , Cristina Hernández Marcos , Laura M^a Chico Rodríguez , Dorynn Abascal Follet. (Santander)

E.I.R.s 2º año H.U. Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria)

INTRODUCCIÓN

La rotura prematura de membranas (RPM) a término se define como la rotura de las membranas ovulares que sucede antes del inicio espontáneo del trabajo de parto. La RPM tiene una etiología multifactorial, pudiéndose encontrar entre los factores de riesgo asociados la multiparidad y el ser portadora de Estreptococo grupo B (EGB). La mayoría de casos ocurren en mujeres sin factores de riesgo identificables, siendo desconocidas las causas exactas. Entre las complicaciones asociadas, la más frecuente y grave es la corioamnionitis. Existe controversia en cuanto al aumento de la tasa de cesáreas y partos instrumentados.

OBJETIVO

Describir las características y el resultado obstétrico de las gestantes ingresadas por rotura prematura de membranas en el H.U. " Marqués de Valdecilla" entre el 31 de Mayo del 2016 al 1 de Junio del 2017.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional descriptivo, retrospectivo, trasversal. Se incluyeron a todas las gestantes sanas, a término y con RPM<24h que ingresaron en el HUMV en el periodo comprendido entre el 31 de mayo de 2016 y el 1 de junio de 2017. La muestra final de gestantes fue de 464. Se consultaron las historias clínicas anonimizadas tras solicitar permiso al Comité de Ética del HUMV y se elaboró una base de datos en el programa estadístico IBM SPSS Statistics v.20.0.

RESULTADOS

De las 756 mujeres que ingresaron por RPM en el periodo de estudio, 292 se excluyeron por no cumplir los criterios de inclusión. 464 gestantes fue la muestra final a analizar. Las características de la muestra son: edad media materna 32,57±4,881 con una edad gestacional de 39+4 y una DE de 1 semana, 15,1% eran portadoras de EGB. En cuanto a la paridad el 64,9% de las gestantes son nulíparas, el 29,7% primíparas y el 5,4% multíparas. El tipo de finalización de la gestación fue: 72,6% eutócico, 15,1% cesárea, 6, 9% fórceps, 3,5% ventosa Kiwi, 1,5% ventosa metálica, 0,4 espátulas. No hubo casos de corioamnionitis.

DISCUSIÓN/ CONCLUSIONES

Nos encontramos ante un problema frecuente en la embarazada. Según la literatura la RPM a término se produce aproximadamente entre el 8-10% de las gestaciones, siendo 24,32% en nuestro estudio. Entre los factores de riesgo se encuentra ser multípara, en cambio el 64,9% fueron nulíparas. En cuanto a ser portadora de EGB el 15,1% lo eran, otros estudios señalan porcentajes del 11. Respecto a la controversia de la tasa de cesáreas y partos instrumentados, observamos que 72,6% fueron partos eutócicos, tan solo un 15,1% fueron cesáreas y un porcentaje aún menor instrumentales. A pesar de que la complicación más frecuente es la corioamnionitis, al no encontrar ningún caso en el período de estudio, se entiende que la aplicación de la profilaxis actual es efectiva.

BIBLIOGRAFIA

- Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO). Rotura Prematura de Membranas *Protocolos Asistenciales en Obstetricia* 2012.
- National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance. Intrapartum care: care of healthy woman and the babies during childbirth. *RCOG Press* 2017.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Practice Bulletin: Premature rupture of membranes. *Literatura médica* nº 80 2007(2);141-164.

- Dare M, Middleton P, Crowther C, Flenady V, Varatharaju B. Planned early birth versus expectant management (waiting) for prelabour rupture of membranes at term (37 weeks or more). *Cochrane Database of Syst Rev* 2017.
- Scorza E. Management of premature rupture of the fetal membranes at term. *UpToDate* 2018.

VENOPUNCIÓN VERSUS PUNCIÓN DE TALÓN EN EL CRIBADO DE METABOLOPATÍAS CONGÉNITAS

11

POSTER

AUTORAS: Carolina Prieto Pérez , Rita María Varela Estévez

Matronas Hospital San Pedro (Logroño)

OBJETIVO

Revisar la bibliografía existente sobre la técnica más eficaz y menos dolorosa para el neonato en la extracción de sangre para la realización de las pruebas de cribado de metabolopatías.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica comparando el dolor que sienten los recién nacidos dependiendo de la realización de una punción de talón o una venopunción en el dorso de la mano, con el mismo fin diagnóstico. Los buscadores científicos que hemos utilizado para la búsqueda del tema han sido: Dialnet, Pubmed, Cochrane, Trip Data Base, FECYT, Scielo. Las palabras clave utilizadas en el estudio: Punción de talón, venopunción, neonatos, dolor neonato, solución azucarada neonato, EMLA, pruebas neonatales, valoración del dolor, escalas dolor, NIPS, punción de talón versus venopunción.

RESULTADOS

En todos los estudios revisados hemos observado una característica común, la utilización de una medida de cuantificación del dolor que sufren los neonatos, ya que las respuestas fisiológicas y el comportamiento, son unos indicadores poco específicos que se alteran con facilidad. Este se mide a través de una escala específica para ello; denominada NIPS.

Además existen también otras escalas para medir el dolor que sufren los neonatos como son la PIPP, CRIES, NFCS, IBCS, DSVNI.

Kapellou O. en su estudio estableció que los recién nacidos prematuros nacidos en Mayo, fueron sometidos de 1 a 21 punciones del talón o venopunciones por día. Estas perforaciones son susceptibles de ser dolorosas. De todas las pruebas realizadas las Punciones del talón ocupan del 61-87% y las venopunciones del 8-13%. Los analgésicos son rara vez utilizados de manera específica para los procedimientos de toma de muestras de sangre, administrados en torno al 5 - 19% de los niños.

El Servicio de Pediatría del Hospital Lluís Alcanyís (Xàtiva) realizó un estudio en el cual fueron observados 607 neonatos distinguidos en dos grupos según su mes de nacimiento: venopunción (VP) 280 recién nacidos y punción de talón (PT) 327 recién nacidos, en los días 2 – 5 de vida tratando de comparar que método era más doloroso. Los resultados obtenidos demostraron que la punción venosa fue menos dolorosa frente a la de talón, con un 2 frente a 5 en la escala NIPS. Al minuto uno el 57,8% de los que se le realizó extracción venosa comenzaron a llorar, sin embargo en la de talón fue de un 90,2%; así mismo la duración del llanto de estos niños fue menor en los primeros, 58 segundos frente a los 104 segundos en la punción de talón. La prueba se hizo con mayor rapidez en la extracción venosa que en la de talón y precisaron un menor número de pinchazos para la obtención de la muestra. Por cada tres venopunciones que se realizan en lugar de una punción del talón, se evita la necesidad de realizar una punción cutánea adicional

Teniendo en cuenta que ambos procedimientos suponen dolor, hemos revisado diferentes publicaciones que hagan referencia a los métodos utilizados para paliarlo.

Vibhuti S., Ohlsson A, realizaron una serie de estudios con una muestra de 478 neonatos de los cuales 288 no recibieron la solución azucarada. Para la obtención de los resultados se usaron las escalas NIPS, NFCS, PIPP. Los resultados obtenidos indicaban que antes de proporcionar la sacarosa, el dolor que sufrían los neonatos a los que se le realizaba la punción de talón era mayor que en los de extracción venosa; al administrar la solución azucarada se observó una disminución significativa del dolor en ambos grupos. Como la venopunción tiene por sí sola menos dolor que la punción de talón esta diferencia siguió vigente, aunque la diferencia de llanto entre las dos técnicas se redujo.

Otro estudio publicado en Archives of disease in childhood distribuyeron 100 neonatos (25 en cada grupo) para determinar el método menos doloroso y más eficaz entre el muestreo por venopunción o con punción de talón mediante la utilización de sacarosa. La puntuación en la escala NFCS fue mayor en el grupo de la PT que en el grupo de la VP durante el muestreo de sangre (mediana 58 vs 23) La sacarosa redujo significativamente el dolor de la PT (58 – 47) y también la de venopunción (23 – 21). Sin embargo la PT tenía aun así mayor dolor que la VP. El llanto y el tiempo total del procedimiento siguieron la misma tendencia que en la puntuación para el dolor

CONCLUSIONES

Con los estudios revisados se llega a la conclusión de que a pesar de que la punción de talón es el método más utilizado actualmente, también es el que supone más dolor en los neonatos. La alternativa encontrada a este método es la venopunción, la cual permite obtener los mismos diagnósticos reduciendo el dolor (tanto el número de pinchazos, el llanto del niño...). Por lo tanto establecen que la venopunción es la técnica más eficaz y menos dolorosa para obtener los resultados deseados en los recién nacidos. En algunos de ellos el EMLA está desaconsejado, y teniendo en cuenta datos experimentales, se demuestra que la sacarosa y la lactancia materna es más efectiva a la hora de reducir el dolor en estas técnicas.

ANÁLISIS DE LAS INTERRUPCIONES VOLUNTARIA DE EMBARAZO EN 2016 SEGÚN LAS DISTINTAS NACIONALIDADES EN ESPAÑA.

12
POSTER

AUTORAS: Patricia Chávez Barroso, Beatriz Gutiérrez Gainzarain, Aida Gómez García, Raquel Carbajal Conde, Carmen de la Fuente Cardillo.

E.I.R.s 2º año Hospital Marqués de Valdecilla Santander. U.D. Matronas Cantabria.

INTRODUCCIÓN

Desde que la praxis de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) se legalizó en España en 1985, su frecuencia ha aumentado de manera creciente. Así, por ejemplo, de las 26.069 interrupciones voluntarias realizadas en 1988, se pasó a las 63.756 en el año 2000 y en 2016 a las 91.425 interrupciones. En el estudio de Orjuela et al. se describen como en algunas investigaciones realizadas en países de Europa Occidental han encontrado una mayor frecuencia de abortos voluntarios en mujeres inmigrantes que en mujeres autóctonas. Planteamos la hipótesis de que la tendencia de ascenso de IVE en España coincidiese con el incremento del número de mujeres fértiles inmigrante.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es analizar las posibles diferencias en la interrupción voluntaria del embarazo en España en 2016. Como objetivos secundarios está analizar el perfil sociodemográfico de las mujeres que optan por la IVE así como comprobar si la hipótesis de partida se cumple (diferencias entre mujeres españolas e inmigrantes) observando si hay diferencias dependiendo de la nacionalidad del inmigrante, con el fin de potenciar en este grupo de población la planificación familiar, siendo la encargada fundamental de esta tarea la matrona.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal del informe anual de IVE que realiza el MSSSI en 2016 y los datos de población con relación al censo, población extranjera y movimiento natural de población en 2016 publicado por el Instituto Nacional de Estadística (INE). Variable de estudio: Nacionalidad. Análisis descriptivo.

RESULTADOS

En España en 2016, hubo 91.425 IVE, de los cuales un 65,79% fueron por mujeres españolas y 34,21% de mujeres extranjeras. Si atendemos al porcentaje de IVE para su grupo poblacional del total de mujeres en España (n=21.356.334) el 0,28% realizaron IVE, mientras que del total de mujeres extranjeras (n=2.276.750) un 1,37% de ellas realizaron una IVE (el 1,09 % más que la población española). Según las distintas nacionalidades, atendiendo al porcentaje de IVE para su grupo poblacional, percibimos como todas las nacionalidades se alejan del 0,28% de las mujeres españolas, resaltando del resto, las mujeres de América Central – Caribe (2,65%) y de América del Sur (2,68%), diferenciándose de las mujeres españolas un 2,37% y 2,40 % respectivamente. Valor que eleva significativamente el porcentaje del total en las mujeres extranjeras (1,37%).

CONCLUSIONES

Tras analizar las posibles diferencias en la interrupción voluntaria del embarazo en España, estudiando el perfil socio-demográfico de las mujeres que optan por la IVE e indagando en nuestra hipótesis de partida (diferencias

NACIONALIDAD	Nº IVES	Nº POBLACIÓN FEMENINA	% IVE para su grupo poblacional
EXTRANJERA	31.273 (34,21%)	2.276.750 (90,39%)	1,37%
ESPAÑOLA	60.152 (65,79%)	21.356.334 (9,61%)	0,28%
TOTAL	91.425	23.633.084	

entre mujeres españolas e inmigrantes) observamos como existen diferencias importantes entre las mujeres españolas y extranjeras, despuntado las mujeres de América del Sur y América Central- Caribe.

Con el fin de reducir el número de IVE en nuestro país, las matronas debemos intentar potenciar y fortalecer la planificación familiar en este grupo de población, facilitando la información acerca de los métodos anticonceptivos, y la importancia de su uso, e informando de los recursos que disponen en nuestro país.

NACIONALIDAD	Nº IVES	Nº POBLACIÓN FEMENINA	% IVE para su grupo poblacional
ESPAÑA	60.152 (65,79%)	21.356.334	0,28%
Resto de Europa	8.645 (9,46%)	1.067.985	0,80%
África	4.515 (4,94%)	422.008	1,06%
América Central y Caribe	3.458 (3,78%)	130.258	2,65%
América del Norte	224 (0,25%)	32.577	0,68%
América de Sur	11.882 (13%)	446.978	2,68%
Asia	2.512 (2,75%)	175.600	1,43%
Oceanía	19 (0,02%)	1.344	1,41%
TOTAL	91.425	23.633.084	

HIPEREMESIS GRAVÍDICA COMO FACTOR DE RIESGO DE DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA NORMALMENTE INSERTA: A PROPÓSITO DE UN CASO.



AUTORAS: Cristina González Hernández¹, Irene Cavero Morales².

¹Matrona, Hospital La Paz (Madrid)

²Matrona, Hospital Puerta de Hierro (Madrid)

INTRODUCCIÓN

A.S. es una gestante de 38+4 que acude al servicio de urgencias por presentar dolor abdominal continuo y metrorragia escasa de reciente aparición. En el RCTG realizado a su llegada, encontramos hipertensión mantenida y deceleraciones variables atípicas. Ante la sospecha de abrupción placentaria, se realiza una cesárea urgente. Nace varón vivo con apgar 6/7/9, y se visualiza área de desprendimiento de placenta.

Al revisar los antecedentes de la gestante, no encontramos ningún factor de riesgo de desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta (DPPNI). Sin embargo, estuvo ingresada por hiperémesis gravídica en la semana 15.

OBJETIVO

Encontrar la posible relación existente entre la hiperémesis gravídica y el DPPNI.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica en las principales bases de datos (Pubmed, Up to Date, Cochrane) utilizando las palabras clave "Hyperemesis gravidarum", "placental abruption", "stillbirth".

RESULTADOS

El momento de aparición de la hiperémesis gravídica podría afectar al resultado del embarazo, ya que parece que los niveles de β HCG elevados se relacionan con la placentación anormal.

Los niveles altos de β HCG en el segundo trimestre podrían ser un mecanismo compensatorio por una migración e invasión del trofoblasto insuficiente, que luego causa una hiperémesis de inicio tardío.

En un estudio con una muestra de 1.156.050 gestantes, donde se toma como grupo control a las mujeres sin diagnóstico de hiperémesis gravídica, ajustando los riesgos acorde a los factores de riesgo tradicionales (edad materna avanzada, hipertensión, hábito tabáquico, etc.); y tras aplicar la Odds Ratio con un Intervalo de Confianza del 95% se encontró una asociación positiva entre la hiperémesis gravídica de 3,07 [1,88 – 5,00].

Basándonos en la patogenia de la placentación anormal, en los embarazos donde el diagnóstico de hiperémesis gestacional se hizo después de la semana 12, hay una fuerte relación con el DPPNI, siendo el triple que en las gestantes sin hiperémesis gravídica. También se ha encontrado relación de la hiperémesis gravídica diagnosticada en el segundo trimestre con preeclampsia y feto pequeño para la edad gestacional.

CONCLUSIONES

El diagnóstico de hiperémesis gravídica en el segundo trimestre requiere una mayor vigilancia y supervisión, debido a la asociación con el desarrollo de resultados adversos asociados a la placentación anormal.

Los estudios futuros pueden enfocarse en los niveles de β HCG en el primer y segundo trimestre, junto con una mayor vigilancia en la evaluación del desarrollo, la implantación y la función de la placenta.

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PARA EL ASESORAMIENTO NUTRICIONAL EN LA GESTACIÓN.



AUTORA : Lidia Lestagás Rodríguez

Matrona, Complejo Hospitalario de Pontevedra (Galicia)

OBJETIVOS

Objetivo principal: Identificar y corregir alteración en la alimentación de las gestantes.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio: Elaboración de un protocolo de asesoramiento nutricional a gestantes mediante el uso de la taxonomía NANDA-NIC-NOC para su implementación en el ámbito de atención primaria. Se estructura en dos fases:

FASE 1. Diseño del protocolo:

- Basado en la guía la alimentación de la mujer embarazada , en nuestro medio disponemos de la Guía del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para la “Alimentación segura en el embarazo. 40 semanas de tranquilidad” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad) ,la taxonomía NANDA-NIC-NOC (In Herdman T, Kamitsuru S, editors, 2015-2017) (Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM, editors, 2014) (Moorhead S, Johnson M, Maas L, Swanson E, editors, 2014) , revisión de la bibliografía en PUBMED, CINHAI, DIALNET, EMBASE, UPTODATE, COCHRANE, JOANNA BRIGGS mediante el motor de búsqueda MERGULLADOR de BIBLIOSAÚDE (filtro temporal 2 años; términos y booleanos (“pregnancy”[Mesh]) (“nutrition” [Mesh] OR “pregnancy” [Mesh]) (“nutrition disorders” [Mesh])).

FASE 2. Implementación:

- Ámbito de aplicación: Centros de atención primaria de área EOXI (Estructura Organizativa de Gestión Integrada) de Pontevedra. Muestra: Se establece teniendo en cuenta que a) en el año 2017 el número de partos del Hospital Provincial de Pontevedra fue de 1553 (Datos propios, 2017); b) entendiendo que aquellas mujeres que han dado a luz en el centro han sido en su mayoría atendidas por los centros de salud de la EOXI de esta misma área; c) que la edad media para concebir al primer hijo en España se encuentra en los 32 años de edad según datos del INE 2016 (Instituto nacional de estadística, 2016); d) estimamos que en torno a 642 mujeres precisarían de modificaciones en su estilo de vida que condujesen al establecimiento del normopeso previa la gestación.

RESULTADOS

La fase 1 del estudio está completada al haber desarrollado el protocolo (Figura 1). Se ha estructurado atendiendo a criterios NANDA-NIC-NOC en las dimensiones indicadas en el cuadro. Al concluir la fase 2 se estima que se detecte infrapeso (IMC<18,5) y sobrepeso (IMC>25) en torno a un 3% y 35% de las mujeres gestantes, respectivamente; en el caso de que las mujeres tengan entre 18 y 39 años; y en torno al 50-60% de sobrepeso si la edad es 40 y 59. Ambos datos teniendo en cuenta el peso de las mujeres en dichos rangos etarios en Galicia (Servicio Galego de Saúde, 2007) y España (Francisco Javier Basterra-Gortari, 2017).

BIBLIOGRAFÍA

- In Herdman T, Kamitsuru S, editors. (2015-2017). *NANDA Internacional. Diagnosticos Enfermeros Definiciones y Clasificaciones*. Barcelona: Elsevier.
 - Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM, editors. (2014). *Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC)*. Barcelona: Elsevier.
 - Moorhead S, Johnson M, Maas L, Swanson E, editors. (2014). *Clasificación Resultados de Enfermería (NOC)*. Barcelona: DRK.
 - Francisco Javier Basterra-Gortari, M. B.-R.-C.-G. (Marzo de 2017). Prevalencia de obesidad y diabetes en adultos españoles, 1987-2012. *Medicina Clínica (English Edition)*, 148(6), 250-256.
 - Instituto nacional de estadística. (2016). <http://www.ine.es/>. Obtenido de <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1579>
 - Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (s.f.). Recuperado el 28 de Marzo de 2018, de www.aecosan.msssi.gob.es: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/para_consumidor/embarazadas.pdf
 - Servicio Galego de Saúde. (2007). Recuperado el 28 de Marzo de 2018, de <https://www.sergas.es>: <https://www.sergas.es/cas/Publicaciones/Docs/SaludPublica/PDF-2153-es.pdf>
- Datos propios. (2017). Datos número de partos asistidos Complejo Hospitalario Pontevedra. Pontevedra

EPISIOTOMÍA Y DESGARRO EN PARTOS EUTÓCICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI EN EL AÑO 2017



AUTORES: *Cristian Martín Vázquez¹, Noelia Goás Gómez¹, Laura Rosón Matilla²*

¹. E.I.R.s, 2º Año Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo (Galicia)

² Matrona, en paro

OBJETIVO

-Principal:

○ Conocer la incidencia de episiotomías y desgarros en partos eutócicos en el Hospital Universitario Lucus Augusti en el año 2017 .

- Secundarios

○ Conocer la incidencia de episiotomía y desgarros en PEV

○ Estudiar la relación del tipo de desgarro según la realización o no de la episiotomía

○ Analizar si existen diferencias significativas en las tasas de episiotomía y desgarro entre primíparas y múltiparas

MATERIAL Y MÉTODO

- **Tipo de estudio:** Descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo.

- **Ámbito de estudio:** Servicio de Partos del Hospital Universitario Lucus Augusti (HULA).

- **Población elegible:** Todas las mujeres cuya asistencia al parto se realizara en el Universitario Lucus Augusti del 2017

-Tamaño muestral:

Se plantea un estudio descriptivo, en el que se va a trabajar con toda la población de estudio en su totalidad, no se hace un cálculo formal de un tamaño muestral, al no ser necesario trabajar con una muestra de la población.

Se ha escogido trabajar con todos los datos de un año natural, el último disponible (2017) ya que de este modo se podrá estudiar la incidencia de episiotomías y desgarros perineales.

Se estima, de acuerdo a los datos del libro de registro de partos, que el tamaño de la población será de aproximadamente 1400 partos.

- Instrumentos utilizados:

○ Libro de partos: En este documento se encuentran los datos y variables que queremos estudiar.

○ Historias Clínicas: En caso de que en el documento anterior nos falte algún dato o variable deberíamos entrar en la historia clínica para coger ese dato. Son los menos casos ya que en el libro de partos está el 95% de la información recogida en formato papel

○ SPSS: Herramienta que utilizaremos para realizar el análisis estadístico

- **Desarrollo del estudio:** Para la obtención de los datos, se utiliza el libro de partos un formato informático para poder trabajar con él. Los datos de la investigación serán completados con otros obtenidos de la historia clínica de las mujeres.

- Variables a estudio:

○ Número de parto (ordinal)

○ Número de recién nacidos (cuantitativa)

○ Fecha (ordinal)

○ Edad (cuantitativa)

○ Tipo de parto (categórica):

▪Eutócico

▪Cesárea

▪Ventosa Kiwi

▪Ventosa Metálica

▪Fórceps

▪Espátulas

○ Peso del RN (cuantitativa)

○ Episiotomía (categórica) S/No

o Edad gestacional (cuantitativa)
o Tipo de analgesia (categórica): ninguna/ Epidural/Raquídea/General
o Sexo del recién nacido (categórica)
▪Varón
▪Mujer

o Paridad (categórica)
▪Primípara
▪Multípara

▪ Tipo de desgarro (categórica)
▪I Grado
▪II Grado
▪III Grado
▪IV Grado

- Plan de análisis estadísticos:

Se realizará un exhaustivo análisis descriptivo. Se presentarán frecuencias absolutas y relativas de las variables categóricas. Para las variables continuas se realizará un contraste de ajuste a la normalidad, y se presentarán medias y desviaciones estándar, o medianas y rangos intercuartílicos en caso de rechazarse la normalidad. Se completará el análisis descriptivo mediante un análisis gráfico mediante diagrama de cajas, diagramas de barras o histogramas.

Se cruzarán variables de interés mediante análisis bivariantes. En caso de variables categóricas se utilizará en test Chi-Cuadrado, y en caso de no estar en sus supuestos de utilización, el test Exacto de Fisher. Para variables continuas que se ajusten a la normalidad, el test T de Student, y en caso contrario, el test U de Mann-Whitney.

Todos los análisis se realizarán con los softwares estadísticos SPSS 19.0 y R 3.3.2.

- Consideraciones éticas:

Este estudio se llevará a cabo de acuerdo a la Declaración de Helsinki, a las Normas de Buena Práctica Clínica y a La Ley 14/2007 de 3 de julio, de Investigación Biomédica.

El investigador principal se compromete a que todo dato clínico recogido de los sujetos del estudio sea disociado de sus datos de identificación personal, mediante un código, transcribiendo los datos a la base de datos propia del estudio de forma codificada, respetando así la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre), la Ley 41/2002, de 14 de noviembre (básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica). Solamente el equipo investigador, y las autoridades sanitarias, que tienen el compromiso de confidencialidad tendrán acceso a esta información. Una vez finalizado el estudio, los datos serán anonimizados eliminando la información personal y desvinculándola del código y se guardarán los datos para posible futuros estudios. El IP se compromete, a su vez, a custodiar todos los archivos y documentos que se generen.

Teniendo en cuenta el carácter retrospectivo del estudio y el elevado tamaño muestral, la obtención del consentimiento informado de todos los participantes supondría un esfuerzo difícilmente asumible, lo que, añadido a las previsible dificultades de localización de los sujetos, comprometería seriamente la viabilidad del estudio. Por todo ello, el equipo investigador se compromete a garantizar en todo momento, tal como se muestra en el documento de Compromiso del Investigador Principal, el cumplimiento de la legislación vigente y las normas de buena práctica en materia de confidencialidad y protección de datos.

El protocolo de estudio fue remitido al Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia para la consiguiente aprobación y supervisión.

RESULTADOS

El número de historias clínicas revisadas es 1413 que se corresponden con el número de partos en el Hospital Lucus Augusti durante el año 2017

Para valorar el cumplimiento de los estándares de la EAPN (Estrategia de Atención al Parto Normal) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS,) se ha utilizado como indicador de resultado el % de episiotomías en PEV. Así mismo, a fin de establecer la situación en relación España, se ha considerado el % de episiotomías en España. Por otra parte, se han considerado además de los indicadores de desgarros de III y IV grado en relación con la realización o no de una episiotomía.

Según los datos recogidos en el 2017 en el Hospital Universitario Lucus Augusti se registró una incidencia de un 28.73% de episiotomías en partos eutócicos. El último documento publicado a nivel estatal sobre la incidencia de episiotomías en España data del 2012 y cifra una incidencia de un 41,9% de episiotomías en partos eutócicos. Si comparamos los resultados perineales según el tipo de paridad obtenemos los siguientes datos:

- ✓ 0,52% desgarros III y IV grado en MULTÍPARAS
- ✓ 1,20% desgarros III y IV grado en PRIMÍPARAS
- ✓ 31,78% de PERINÉS ÍNTEGROS en MULTÍPARAS
- ✓ 10,83% de PERINÉS ÍNTEGROS en PRIMÍPARAS
- ✓

Por otro lado si comparamos los índices de III y IV grado (los más graves por sus complicaciones), en relación al empleo de la episiotomía, obtenemos los siguientes resultados

- ✓ Índice de IIIG ó IVG con episiotomía 1,92%
- ✓ Índice de IIIG ó IVG sin episiotomía 1,20%

CONCLUSIONES

- 1.-Se constata un 28.73% de episiotomías en PEV, frente a un 71,27% de PEV atendidos sin episiotomía
- 2- Por otro lado se evidencia un 49% de perinés íntegros, un 22,5 % de desgarros GI, un 27,6% de desgarros GII y un 0,8% de desgarros GIII-IV en PEV
- 3.-El % de episiotomías constatado en partos vaginales (eutócicos e instrumentales) se encuentra por debajo de España (41.9%) aunque por encima de las recomendaciones de la OMS (15%).
- 4- En parto eutócicos hay un menor índice de episiotomías y desgarros de III y IV grado.
- 5.-En relación con los resultados perineales según la paridad vemos que existe mayor riesgo de lesión en caso de primíparas con respecto a aquellas mujeres que ya han superado un parto vaginal
- 6.-Existe relación entre episiotomía y desgarros. En partos vaginales con episiotomía se encontró una prevalencia de desgarros de grado III y IV del 1.92% cifra superior a la encontrada en los casos de partos vaginales sin episiotomía, que fue del 1,20%.
- 7.-Derivado de la conclusión anterior, ponen de manifiesto que la realización de episiotomía, lejos de prevenir los desgarros de tercer y cuarto grado, se asocia a una mayor prevalencia de los mismos; lo que reafirma la necesidad de insistir en que esta práctica no debe realizarse de forma rutinaria y sí promover la indicación selectiva. Estas conclusiones coinciden con las publicadas por el MSSSI en la evaluación de la estrategia de atención al parto normal en el año -2015.
- 8.-La prevalencia total de desgarros de grado III y IV es del 1,5% en partos vaginales.**

EXTRACCIÓN PRENATAL DE CALOSTRO: ¿ES SEGURA?

AUTORAS: *Estefanía Camarero Briones*¹, *Nerea Garijo Pérez*², *Laura Abad López*³

¹ *Matrona Hospital Santos Reyes , Aranda de Duero (Burgos)*

² *Matrona, C.S. Soria Rural(Soria)*

³ *Matrona, C.S. Sotillo de la Adrada (Ávila)*

OBJETIVO

La extracción de calostro es un proceso que implica la expresión y el almacenamiento prenatal del calostro. Sus beneficios incluyen el establecimiento más rápido de "lactancia completa", mayor confianza en la extracción manual y menor estrés sobre el suministro de leche materna en el período posparto inmediato; aparte de los innumerables beneficios que para el recién nacido/RN que conlleva. Todo ello, en el caso de separación inmediata madre-hijo.

Por ello, el objetivo es revisar la literatura relacionada con la práctica de la extracción prenatal calostro durante la última etapa del embarazo y evaluar los ventajas/beneficios y riesgos/daños que entraña esta práctica en gestantes susceptibles de beneficiarse de ello.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado un revisión bibliográfica en las principales bases de datos: La Biblioteca Cochrane Plus, Pubmed, Medline, Cuiden y artículos científicos publicados en revistas de interés. PALABRAS CLAVE: Antenatal, milk, expressing, breast milk, calostrum, extracción, prenatal, calostro

RESULTADOS

La mayoría de artículos publicados sobre la extracción prenatal de calostro lo hacen en referencia a gestantes con diabetes, ya sea gestacional o pregestacional.

Los RN de mujeres con diabetes en el embarazo tienen un mayor riesgo de hipoglucemia y por tanto de separación madre-hijo. Por ello, algunas mujeres con esta patología son animadas durante el embarazo a que se extraigan y almacenen su calostro antes del parto. Después del nacimiento, al bebé alimentado con leche materna se le puede administrar el calostro almacenado para minimizar el uso de fórmula artificial o la administración intravenosa de dextrosa si se requiere la corrección de la hipoglucemia. Sin embargo, los hallazgos de estudios observacionales sugieren que la extracción prenatal de la leche materna puede estimular el trabajo de parto antes de lo esperado e incrementar los ingresos a los RN de cuidados especiales para la corrección de la hipoglucemia neonatal.

Un estudio con 43 mujeres con diabetes en el embarazo (que requieran insulina), muestra que no existieron diferencias en cuanto a compromiso fetal después de la extracción, y que el 40% de los niños recibieron lactancia artificial en las 24 horas posteriores al parto.

Otro estudio realizado con 658 mujeres diagnosticadas de diabetes gestacional o pregestacional, comprobó que la extracción prenatal de calostro era una técnica segura y eficaz para la madre, el feto y el lactante, ya que no se apreció un aumento del número de ingresos en la UCIN, la edad gestacional en el momento del parto se mostró estable, el registro cardiotocográfico (RCTG) era normal y la tasa de lactancia materna a las 24h aumentó. Además, estos resultados eran extrapolables al grupo de mujeres sin DG o pregestacional.

La Cochrane, por su parte, argumenta que no hay evidencia de alto grado sobre el nivel de seguridad y eficacia de la extracción prenatal de calostro.

Una revisión de estudios en los que las embarazadas recibían estimulación en los pezones, mostró que no había efecto en el test de maduración cervical (test de bishop) ni inducción al parto. Otro muestra como 57 mujeres embarazadas que amamantaban a sus otros hijos no tuvo efectos negativos para el embarazo, parto y RN.

Y una revisión crítica más reciente de la literatura encontró que los beneficios sustanciales de la alimentación temprana del calostro superan la falta de evidencia asociada con el riesgo de trabajo de parto prematuro.

DISCUSIÓN

Las matronas deben conocer la práctica de extracción prenatal de calostro, los beneficios y posibles riesgos para así, poder llevar a cabo acciones que ayuden a gestantes con riesgo de separación madre-hijo a tener una lactancia exitosa y que el RN se aproveche de los beneficios del calostro.

CONCLUSIONES

Con la revisión realizada en este trabajo, se puede concluir que no es adecuado que las matronas informen sobre la extracción precoz de calostro, al no existir evidencia científica de calidad que avale esta técnica. Además, es importante que esta práctica se someta a una evaluación rigurosa para evaluar tanto la eficacia como la seguridad, ya que están suficientemente documentados los efectos positivos sobre la administración de calostro en RN.

BIBLIOGRAFÍA

- East C, Dolan W, Forster D. Extracción prenatal de leche materna por pacientes con diabetes para mejorar los resultados del lactante. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014 Issue 7. Art. No.: CD010408. DOI: 10.1002/14651858.CD010408;
- Forster DA, McEgan K, Ford R, Moorhead A, Opie G, Walker S, McNamara C. Diabetes and antenatal milk expressing: a pilot project to inform the development of a randomised **controlled trial**. *Midwifery*. 2011 Apr;27(2):209-14. doi: 10.1016/j.midw.2009.05.009. Epub 2009 Jul 16.
- Forster DA¹, Moorhead AM², Jacobs SE³, Davis PG⁴, Walker SP⁵, McEgan KM⁶, Opie GF⁵, Donath SM⁷, Gold L⁸, McNamara C⁶, Aylward A⁹, East C¹⁰, Ford R⁹, Amir LH².; Advising women with diabetes in pregnancy to express breastmilk in late pregnancy (Diabetes and Antenatal Milk Expressing [DAME]): a multicentre, unblinded, randomised controlled trial.; *Midwifery* Volume 27, Issue 2, April 2011, Pages 209-214

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN EL EMBARAZO

17

POSTER

AUTORAS: Lidia Casado de Osma¹, Laura Isabel de los Santos Domínguez², Irene Cavero Morales³

¹Matrona, C.S Sierra de Guadarrama (Madrid)

²Matrona H.U. Infanta Cristina (Madrid)

³Matrona, H.U. Puerta de Hierro

OBJETIVO

Identificar las maniobras de reanimación cardiopulmonar obstétrica que la diferencian de la reanimación cardiopulmonar convencional e informar a los profesionales sanitarios sobre el estado actual de conocimientos en relación a la reanimación cardiopulmonar durante la gestación y la cesárea perimortem exponiendo críticamente las conclusiones de la bibliografía existente.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PUBMED, CINAHL y COCHRANE utilizando la estrategia de búsqueda: "cardiopulmonary resuscitation" AND pregnancy. Se acotó la búsqueda a artículos con menos de 5 años y se seleccionaron los artículos de interés, utilizando un total de 11 artículos en PUBMED, 2 en CINAHL y 5 en COCHRANE.

RESULTADOS

La reanimación cardiopulmonar en la gestante tiene una serie de particularidades. La primera y más importante es que hay dos vidas en juego, la de la madre y la del feto.

Durante la gestación, sobre todo a partir del segundo trimestre, el organismo sufre una serie de modificaciones fisiológicas y anatómicas (cambios cardiocirculatorios, respiratorios, digestivos y cambios uterinos) que hay que tener en cuenta la hora de realizar la reanimación cardiopulmonar.

Las principales modificaciones con respecto a la reanimación cardiopulmonar del adulto son la importancia del desplazamiento uterino hacia el lado izquierdo, las compresiones torácicas ligeramente más arriba del esternón que en la no gestante e intubación orotraqueal precoz por el elevado riesgo de broncoaspiración. A partir del tercer trimestre la técnica puede ser más complicada ya que la vascularización de la mucosa es mayor, lo que hace que la zona esté edematizada. Se aconseja utilizar un laringoscopio con pala corta y un tubo endotraqueal de 0.5-1 mm de diámetro menor que en la mujer no embarazada. Se requiere una presión más alta parcial de oxígeno para conseguir la misma saturación de oxígeno materno, destacando así la importancia de asegurar la oxigenación materna y concurrente de ventilación con las compresiones torácicas eficaces en el embarazo.

Las dosis de la medicación no requieren modificaciones para adaptarse a los cambios fisiológicos del embarazo. Aunque hay cambios en el volumen de distribución durante el embarazo, hay muy pocos datos para orientar los cambios en las recomendaciones actuales.

Los cambios fisiológicos durante el embarazo pueden afectar a la farmacología de los medicamento, pero no hay evidencia científica para guiar a un cambio en las recomendaciones actuales. Por lo tanto, se recomiendan los medicamentos y las dosis habituales durante la RCP.

No usar la vena femoral u otro acceso venoso bajo, porque la medicación no hará efecto a la madre, al menos hasta que el feto sea sacado.

El tiempo es vital para realizar una cesárea perimortem, aumentando así las posibilidades de supervivencia materna y permitiendo la reanimación del feto si es preciso.

CONCLUSIONES

Hay suficiente evidencia en la literatura que demuestra que el entrenamiento en reanimación cardiopulmonar mejora los resultados perinatales. El equipo que atiende a la gestante debe de estar correctamente preparado para realizar una reanimación cardiopulmonar en caso de necesidad. Una correcta coordinación y preparación puede salvar dos vidas.

La reanimación a la mujer embarazada implica decisiones de atención complejas.

Aunque el paro cardiaco en la mujer embarazada es raro, está aumentando en frecuencia. El número de mujeres de alto riesgo está aumentando, al igual que la tasa de complicaciones graves relacionadas con el embarazo. La mayoría de las recomendaciones expuestas son de nivel de evidencia C, lo que pone en relieve la necesidad de seguir investigando.

LA IMPORTANCIA DE LA MATRONA EN ATENCION PRIMARIA DE: CONSULTA DE FERTILIDAD



AUTORAS: María Fontán Azpeitia¹, Andrea Herrero Reyes²

¹ Matrona , Hospital Puerta de Hierro (Madrid)

²Matrona C.S. Caramuel (Madrid)

INTRODUCCIÓN

Según los estudios epidemiológicos más amplios, la esterilidad afecta al 15% de la población en edad reproductiva en los países occidentales, es decir, a una de cada seis parejas, y experimenta una evolución creciente.

En el año 2.015 fueron transferidos 58.353 embriones en 32.993 transferencias, lo que representa una media de 1,8 embriones por transferencia. El 67,4% de las transferencias fueron de 2 embriones. (1)

MATERIAL Y MÉTODO

La estructuración de esta revisión sistemática de la literatura relacionada con la esterilidad, se basó en la temática de la alimentación y los hábitos de vida en relación con la fertilidad. Nuestro punto de partida fue “¿Cómo podemos abordar las matronas las crecientes tasas de esterilidad desde la consulta de Atención Primaria?”, la respuesta a esta pregunta la obtuvimos tras la definición de los criterios de elegibilidad, selección de la muestra de los artículos y posterior análisis y discusión de los resultados.

Con la información obtenida, elaboramos una propuesta de como estructurar la consulta de fertilidad de la matrona.

ENFOQUE TERAPÉUTICO DESDE LA CONSULTA DE AP:

• ANAMNESIS DE LA PAREJA: Hª CLÍNICA.

A- Antecedentes personales en la mujer:

1. Edad de la menarquia.
2. Ciclo menstrual: Periodicidad, duración, cantidad y tipo de flujo.
3. Dolor intermenstrual.
4. Tensión premenstrual.
5. Uso previo de anticonceptivos: Tipo y duración.
6. Enfermedades sistémicas.
7. Hipotiroidismo, diabetes mellitus u otros problemas endocrinos.
8. Consumo de alcohol, tabaco, fármacos u otras drogas.
9. Alimentación.
10. Endometriosis, quistes ováricos u otras alteraciones ginecológicas.
11. Exposición a radiaciones o agentes químicos.
12. Actividad laboral, estrés o fatiga.

B-Antecedentes personales en el varón:

13. Momento de la pubertad y posibles problemas durante la misma.
14. Criptorquidia o descenso tardío de los testículos (en época prepuberal).
15. Orquitis (fundamentalmente secundaria a parotiditis en época postpuberal).
16. Varicocele.
17. Impotencia.
18. Enfermedades de transmisión sexual.
19. Enfermedades sistémicas: endocrinas, respiratorias, etc.
20. Alimentación.
21. Exposición a radiaciones o agentes químicos.
22. Consumo de tabaco, alcohol, fármacos y otras drogas.
23. Exposición de los testículos a temperaturas elevadas.
24. Intervenciones previas: Herniorrafia, vasectomía, operaciones retroperitoneales.
25. Criptorquidia.

C-Historia marital de la pareja:

26. Fecha de comienzo de las relaciones sexuales.
27. Duración de la infertilidad.
28. Fertilidad en el matrimonio y en las relaciones previas.
29. Frecuencia y técnicas del contacto sexual.
30. Dificultades durante el coito.
31. ¿Cómo se enfrentan a la infertilidad?
32. Hábitos en las relaciones sexuales: uso de lubricantes, duchas vaginales, etc.

- **AUTOCONOCIMIENTO ANATOMOFISIOLOGICO DE LA REPRODUCCIÓN.**

- A. Ecosistema vaginal saludable: Es muy importante mantener un ecosistema vaginal saludable, para que el pH sea el adecuado y no muera el 100% de los espermatozoides antes de alcanzar el útero. Evitar duchas vaginales y jabones agresivos, usar ropa interior de algodón.
- B. Ciclo, días fértiles, flujo fértil: Es fundamental que la pareja sea conocedora del sistema reproductivo femenino y masculino para poder reconocer los cambios que se dan en la mujer a lo largo del ciclo, debemos transmitirles que vivan este proceso de autoconocimiento de una manera positiva y no como un generador de estrés.
- C. Sexo fértil: Debemos transmitirles la importancia de que el sexo sea placentero y no se convierta en una tarea para procrear. El orgasmo femenino es un pilar de la reproducción, favorece las contracciones uterinas, que ayudan a los espermatozoides.

- **HÁBITOS NUTRICIONALES:**

*Alimentos esenciales: legumbres y harina integral (pasta,..) 2 veces por semana, todos los granos deben consumirse enteros, ya que se pierden propiedades de los cereales en el proceso de refinado, que aportan nutrientes esenciales.

*5 piezas de fruta y verdura al día, consumir las frutas en ayunas ya que gran parte de sus vitaminas se desnaturalizan si son consumidas con otros alimentos que enlentecen el vaciado gástrico. Y un porcentaje elevado de las verduras consumirlas crudas ya que el cocinado elimina propiedades de las mismas.

*2 días en semana alimentos libres de proteínas animales (para disminuir la sobrecarga hepática y renal).

- A. Neuroendocrinología, Consumir alimentos que favorezcan la función del eje hipotálamo hipofisario, que es el encargado de la correcta circulación de hormonas en el organismo:
 1. Arroz integral 2 veces por semana.
 2. Avena entera 4 veces por semana.
- B. Depuración hepática, Consumir alimentos que favorezcan la depuración hepática ya que el hígado es el principal productor de proteínas transportadoras de hormonas:
 1. Alimentos amargos todos los días: Rúcula, endivias, infusión de diente de león.
 2. Familia de las coles 2 veces por semana: brócoli, coliflor, col,...
- C. Calidad de ovocitos y espermatozoides: el tocoferol o Vit E, regenera la membrana citoplasmática del ovocito y espermatozoide.
 1. Alimentos ricos en tocoferol: frutos secos crudos 3 veces al día y recién retirada la cascara, ya que esta vitamina es fotosensible y termosensible. Nueces, anacardos, avellanas, pipas de calabaza,...
- D. Regenerar el epitelio endometrial:
 1. Alimentos ricos en beta carotenos, 5 veces por semana: zanahoria, calabaza, melocotón, mango, papaya, melón.
- E. Implantación endometrial:
 1. Alimentos ricos en proantocianidinas (ayuda a la coagulación correcta de la sangre): de color rojo y morado, 3 veces por semana: fresas, arándanos, lombarda, berenjena.

- **HÁBITOS FÉRTILES:**

Las emociones y pensamientos fértiles: El estrés que provoca la no concepción en la pareja se puede paliar con pensamientos positivos y utilizando la imaginación como herramienta (pensar en la ovulación, la concepción, utilizar el primer día de la regla como un nuevo comienzo, una nueva oportunidad, en lugar de como un fracaso,...) Descanso, sueño y fertilidad: el descanso adecuado y una correcta higiene del sueño, son imprescindibles. La secreción de hormonas tiene un ritmo circadiano.

La luz y la fertilidad, asegurarnos de que nuestro sistema hipotalámico reciba luz natural para su correcto funcionamiento. Todos los días debemos exponernos como mínimo 20 minutos a la luz, sin gafas de sol.

- F. Disminución de agentes químicos a los que estamos expuestos de forma constante, que interfieren a nivel hormonal, comportándose en el cuerpo como hormonas y alterando la función endocrina.
 1. Fertilizantes y plaguicidas: Intentar consumir 40% productos ecológicos y los no ecológicos lavarlos y pelarlos. Debemos priorizar los productos animales, ya que todos estos agentes se almacenan en el tejido graso.
 2. Usar productos cosméticos ecológicos.

3. Disminuir los productos de limpieza del hogar: ambientadores, limpia suelos,... Ventilar todos los días al menos una hora y sustituir productos químicos por productos naturales.

G. Herramientas para la disminución de la ansiedad y el estrés provocado por el retraso en la concepción.

1. Ejercicio físico moderado y meditación, que libera endorfinas y ayuda al correcto funcionamiento del eje hipotálamo-hipofisario.

CONCLUSIONES Y RESULTADOS

Tenemos evidencia de los buenos resultados que tiene este cambio en hábitos y estilo de vida sobre la fertilidad (2). Siendo la tasa de éxito del método naturista de fertilidad del 70% (3) y (4).

La tasa de éxito de la Inseminación Artificial: tasa de gestación en mujeres < 40 años: 14.9% por ciclo y en mujeres ≥ 40 años: 11.5% por ciclo (5).

Tasa de gestación mediante Fecundación In Vitro: 20-25% en mujeres menores de 35 años, entre un 15-20% en mujeres de 35 a 39 años y entre un 6-10% en mujeres mayores de 40 años (1).

Con esta realidad social la intervención de la matrona desde la consulta de AP, podría contribuir a la disminución de las tasas de esterilidad y aumentar las tasas de éxito de las terapias reproductivas.

De igual manera que en otras patologías médicas antes de recurrir a las terapias farmacológicas, ofrecemos a los pacientes consejos de alimentación y estilo de vida; tenemos un amplio abanico de posibilidades para parejas que tienen deseo reproductivo.

Creemos de vital importancia implantar esta consulta en Atención Primaria para parejas con deseo reproductivo, tengan o no dificultad en la concepción, ya que así podrían beneficiarse de iniciar esta etapa vital desde la salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Registro Nacional de Actividad 2015-Registro SEF.
- Fertilidad natural Método Naturista de Fertilidad Shantivir Virginia Ruipérez González Primera edición: La Casita de Paz Editorial, 2013 © Diseña y maqueta: soluciones agencia de publicidad. 923 30 56 20 ISBN: 978-84-938720-5-2 Depósito Legal: ZA 452013
- Revista Medicina Naturista, 2012 vol. 6 N° 2 pág.: 97-101.
- Revista Medicina Naturista, 2006 vol. 10 pág.: 603-696.
- Guías de Práctica Clínica SEF-SEGO - Sociedad Española de Fertilidad

AUTORES: Alberto Lebon López¹, Carmen Lara Benítez², Beatriz Sanz Jáuregui².

¹E.I.R.s 1^{er} año H.U. Alvaro Cunqueiro, Vigo (Galicia)

²E.I.R. 1^{er} año Complejo Hospitalario de Ourense (Galicia)

OBJETIVO

General

- ✓ Establecer la relación entre la lactancia materna y el desarrollo cognitivo en el recién nacido durante los primeros años de vida.

Específicos

- ✓ Establecer la duración de la lactancia materna con el desarrollo cognitivo.
- ✓ Averiguar qué factores influyen en el desarrollo cognitivo.

MATERIAL Y MÉTODO

Parte de la metodología utilizada ha sido una estrategia de búsqueda en varias fases. En la primera fase, se comenzó con las bases de datos de Ciencias de la Salud nacionales – Dialnet; internacionales – Pubmed. En la segunda fase se revisaron las guías de práctica clínica existentes a nivel nacional. En una tercera fase, se llevó a cabo una revisión de las referencias bibliográficas de los estudios seleccionados.

En las bases de datos que se ha realizado la búsqueda, se establecieron como criterios: de inclusión (artículos, revistas y revisiones con temática enfermera y/o especializada en los temas de estudio; con idioma español o inglés; en los últimos 10 años) y de exclusión (acceso bajo suscripción; otros idiomas; no adecuación al tema; repetidos).

En relación a la estrategia de búsqueda, se utilizaron los descriptores de ciencias de la salud (DeCS) relacionados con el tema de estudio.

En las bases de datos españolas se utilizó las siguientes estrategias de búsqueda:
-“Lactancia materna” AND “desarrollo cognitivo”

En las bases de datos internacionales se empleó los descriptores: -“Breast Feeding” AND “cognitive development”.

Tras la revisión bibliográfica se emplearon 8 artículos para la elaboración del artículo.

RESULTADOS

En la mayor parte de los estudios consultados se resalta que aquellos bebés que han sido alimentados con lactancia materna tienen mejores resultados cognitivos en el periodo de la infancia.

En la leche materna se han aislado grandes cantidades de ácidos grasos poliinsaturados (especialmente el ácido araquidónico y el docosahexaenoico) y estos elementos parecen ser los culpables de que niños alimentados con leche materna tengan mejores resultados cognitivos. (1, 2, 3)

Los ácidos grasos poliinsaturados se encuentran en elevadas concentraciones en el sistema nervioso central, tienen un papel importante en la estructura de las membranas neuronales y por lo tanto, en la señalización intercelular asociada a proteínas G. (3)

Un aspecto en común que observamos en varios estudios es el uso de test para evaluar el desarrollo cognitivo. Uno de los más empleados es el Índice de Desarrollo Mental (IDM), utilizado en 3 artículos. Después de la lectura exhaustiva de estos 3 artículos observamos que los bebés amamantados obtienen puntuaciones más altas en este test, en comparación con los alimentados con leche de fórmula. En estos tres artículos también se observó que los resultados iban mejorando a medida que los meses de lactancia materna se alargaban en el tiempo. Por eso, en ellos se concluye que la asociación entre amamantamiento y desarrollo cognitivo tiene una relación dosis-dependente. (4, 5,6)

Por otra parte, una idea presente en prácticamente la totalidad de los estudios es que cuanto más largo es el periodo de amamantamiento, mejores resultados cognitivos y psicomotores se observan en estos niños (1, 2, 4, 5, 6).

Además del IDM se utilizaron otros test como la Escala Denver, cuyos resultados fueron mayores para aquellos niños amamantados (4). El Test de 5 dígitos, en el que se valoraron habilidades de lectura, conteo, elección y alternancia, obteniéndose como resultado unas puntuaciones mayores para los niños amamantados durante 6 meses en comparación con los amamantados durante 1 mes, así como un mayor tiempo de respuesta en los mismos (3).

En otro artículo se evaluó el desarrollo cognitivo mediante el Coeficiente intelectual (CI), y se observó que los niños que habían sido amamantados durante un año o más tenían un CI entre 2 y 5 puntos superior a los que habían sido alimentados con fórmula. (2)

El perímetro craneal (PC) fue usado en dos estudios como un elemento predictivo para el futuro desarrollo

cognitivo. Estos dos artículos llegaron a la conclusión de que los niños amamantados tenían perímetros craneales mayores. (1, 7) En uno de ellos se especifica que un mayor PC se relaciona positivamente con el desarrollo cognitivo, el crecimiento físico y el rendimiento escolar. (1)

En el estudio en el que se evaluaron las habilidades de lenguaje mediante el test PPVT-R, se vio que los niños amamantados hasta los 6 meses obtenían una puntuación de 4,04 puntos más que los no amamantados.

En otro estudio los niños totalmente amamantados obtuvieron 2.95 puntos más altos en la escala de resolución de problemas en comparación con los niños que nunca fueron amamantados y -0.84 puntos más bajos en la hiperactividad. (8)

Por otra parte, en varios estudios se establece la necesidad de verificar que los resultados obtenidos en estos artículos se deben realmente al hecho de amamantar y que dichos resultados no están afectados por factores de confusión, como pueden ser el CI materno, el nivel socioeconómico de la familia, el nivel de estudios de los padres o el vínculo más marcado que se establece entre la madre que amamanta y el recién nacido amamantado. (1, 2, 6, 7)

CONCLUSIONES

- Según la bibliografía consultada, los bebés amamantados obtienen mejores resultados en los test que valoran su desarrollo cognitivo en edades infantiles que aquellos que son alimentados con fórmula.
- A mayor tiempo de amamantamiento mejores resultados cognitivos.
- Los ácidos grasos poliinsaturados tienen un efecto importante en el desarrollo cognitivo.
- Es necesario la existencia de una mayor evidencia científica para conocer realmente los efectos psíquicos de la lactancia materna, así como eliminar todos aquellos factores de confusión que pueden afectar a este conocimiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Gertosio, C., Meazza, C., Pagani, S., & Bozzola, M. (2016). Breastfeeding and its gamut of benefits. *Minerva Pediatrica*, 68(3), 201-212.
- Binns, C., Lee, M., & Low, W. Y. (2016). The long-term public health benefits of breastfeeding. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 28(1), 7-14.
- Perez Ruiz, J. M., Iribar Ibabe, M. C., Peinado Herreros, J. M., Miranda Leon, M. T., & Campoy Folgoso, C. (2014). Breastfeeding and cognitive development; interference evaluation by "5 digits test". [Lactancia materna y desarrollo cognitivo; valoración de la respuesta a la interferencia mediante el "test de los 5 dígitos"] *Nutrición Hospitalaria*, 29(4), 852-857
- Bedmar Carretero, C. (2012). Efecto del tipo de lactancia durante el primer año de vida sobre el estado de hierro y el desarrollo físico y psicológico del niño. Pagina web: [[Http://www.Tdx.cat/handle/10803/97212](http://www.Tdx.cat/handle/10803/97212)], T.56-2013, 1.
- Gómez Sanchiz, M. (2004). Influencia de la lactancia materna sobre el desarrollo psicomotor y mental del niño. Universidad de Córdoba, Servicio de Publicaciones). 2004. (Tesis Doctorales UCO).
- Lee, H., Park, H., Ha, E., Hong, Y. C., Ha, M., Park, H., et al. (2016). Effect of breastfeeding duration on cognitive development in infants: 3-year follow-up study. *Journal of Korean Medical Science*, 31(4), 579-584.
- Sevilla Paz Soldán, R., Zalles Cueto, L., & Santa Cruz Gallardo, W. (2011). Lactancia materna vs nuevas fórmulas lácteas artificiales evaluación del impacto en el desarrollo, inmunidad, composición corporal en el par Madre/Niño.34, 6-10.
- Girard, L. C., Doyle, O., & Tremblay, R. E. (2017). Breastfeeding, cognitive and noncognitive development in early childhood: A population study. *Pediatrics*, 139(4), 10.1542/peds.2016-1848.

ÚLTIMA EVIDENCIA SOBRE EL CRIBADO GESTACIONAL DE DISFUNCIÓN TIROIDEA, HIPOTIROIDISMO Y YODOPREVENCIÓN.



AUTORAS: Alicia Tejero Jiménez¹, Hiraya Maqueda Cayetano², Concepción Bermejo Bote³

¹Matrona en paro

²E.I.R.2º año H.U Virgen del Rocío , Sevilla (Andalucía)

³Matrona, Hospital Insular de Lanzarote (I. Canarias)

INTRODUCCIÓN

La patología tiroidea se erige como la segunda endocrinopatía más prevalente en mujeres en edad fértil constituyendo un importante problema de salud. La disfunción tiroidea es más frecuente en mujeres y, durante la gestación, además de repercutir sobre la salud materno-fetal, puede influir en el desarrollo neurocognitivo del niño. Los cambios gravídicos pueden simular en ocasiones la sintomatología de las alteraciones tiroideas. Por ello es muy importante utilizar valores de referencia para TSH, específicos para cada trimestre de gestación. El objetivo del tratamiento es mantener los niveles de TSH dentro del rango normal para el embarazo ajustados por trimestre.

OBJETIVO

Conocer las principales alteraciones tiroideas por defecto y sus repercusiones sobre el embarazo y el feto, así como la indicación del cribado gestacional de disfunción tiroidea y la importancia de la yodoprevención.

MATERIAL Y MÉTODO

Se consultó los protocolos y documentos de consenso de las principales sociedades (SEGO, SEEN, SAEN) y del MSSSI, Junta de Andalucía y HUVR. Se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos (Biblioteca Cochrane plus, PubMed, UpToDate, Scopus y Cuiden) utilizando las palabras claves tiroides y embarazo y thyroid y pregnancy.

RESULTADOS

Existe controversia respecto a la recomendación o no del cribado universal para la detección de disfunción tiroidea durante la gestación. La guía de la Asociación Americana de Tiroides (ATA) la Endocrine Society, el Proceso Asistencial Integrado de la junta de Andalucía o la GPC del MSSSI recomiendan el cribado selectivo de mujeres de riesgo en la visita antenatal o al diagnóstico del embarazo; sin embargo, tanto la SEGO en el año 2017 como la SEEN recomiendan la evaluación precoz universal de la función tiroidea (antes de las 10-12 SG).

Entre las principales disfunciones tiroideas que se pueden dar en el embarazo nos encontramos:

Hipotiroidismo, definido por la presencia de TSH elevada durante el embarazo ($TSH > 2,5$ mUI/l); y, en función de si la T4L está disminuida o dentro de rango, lo clasificaremos en hipotiroidismo clínico o subclínico respectivamente.

Los síntomas clásicos del hipotiroidismo son consecuencia de una reducción de la actividad metabólica (astenia, estreñimiento, intolerancia al frío, calambres musculares, caída del cabello, piel seca, reflejos tendinosos con fase de reposo prolongada y síndrome del túnel carpiano). En cuanto a las repercusiones maternofetales, existe riesgo de desarrollar complicaciones obstétricas como preeclampsia, desprendimiento prematuro de placenta, hemorragia posparto y recién nacido de bajo peso; así como de tener un hijo con alteración del desarrollo neurológico o con puntuaciones más bajas en las pruebas de inteligencia realizadas en la infancia. El principal tratamiento farmacológico consiste en el uso de levotiroxina.

La adecuada nutrición de yodo desde antes del embarazo, puede reducir el riesgo de disfunciones tiroideas durante la gestación. Los requerimientos de yodo aumentan durante el embarazo y la lactancia materna por lo que tanto la SEGO como la SEEN recomiendan en mujeres en edad fértil, embarazadas y lactantes una ingesta yodo de 250 μ g/día. En España la situación nutricional de yodo está por debajo del rango recomendado por la OMS, por lo que es necesario fomentar su utilización en las consultas preconcepcional y prenatal, además de recomendar la ingesta de alimentos ricos en yodo. La suplementación con yoduro potásico está ampliamente recomendada, así lo aconsejan el MSSSI, la SEGO y el PAI de la Junta de Andalucía 2014 que sugieren la suplementación farmacológica durante el embarazo y la lactancia con yoduro potásico a dosis de 200 μ g/día en aquellas mujeres que no alcanzan las cantidades diarias recomendadas de ingesta de yodo con su dieta (3 raciones de leche y derivados lácteos + 2 g de sal yodada).

La última revisión Cochrane de 2017, por su parte, confirma que se necesita información sobre el momento óptimo de inicio, así como del régimen de administración de los suplementos y la dosis de yodo.

CONCLUSIONES

El hipotiroidismo gestacional es frecuente y tiene importantes repercusiones maternofetales, por lo que es necesario diagnosticarlo y tratarlo desde la visita pregestacional o en la primera visita del embarazo, en su defecto. Existe controversia sobre la detección y manejo óptimos de la enfermedad tiroidea en la gestante, aunque las últimas recomendaciones se inclinan a favor del cribado universal de disfunción tiroidea en la gestante. En cuanto a la yodoprevención, existe un amplio consenso en recomendarla aunque se requiere información sobre la dosis y el

momento óptimo de inicio. Las guías clínicas sobre disfunción tiroidea y embarazo han cambiado la atención sanitaria que se presta a la gestante, y sus recomendaciones están en constante revisión.

BIBLIOGRAFÍA

- Pereda Ríos A., Rey Míguez M., Díaz Gómez M., et al ¿Es necesario el cribado universal de las alteraciones tiroideas en las parejas con disfunción reproductiva? Prog Obstet Ginecol. 2017;60(3):203-207
- Control prenatal del embarazo normal. SEGO 2017
- P. Santiago Fernández, S. González-Romero, T. Martín Hernández et all. Abordaje del manejo de la disfunción tiroidea en la gestación. Documento de consenso de la Sociedad Andaluza de Endocrinología y Nutrición (SAEN). 2015
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guías de práctica clínica en el SNS. 2014; 138-142 y 208-216.
- Sánchez García, A. M.; Moleón Rodríguez F. J.; Bailón Muñoz, E. Tiroides y embarazo. Revista de Atención Primaria Lo esencial en... 07_ESENCIAL_02 (00-00).indd 1. Año 2016.
- Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Embarazo, Parto y Puerperio. 2014; 22.

UNIDAD DE ESTUDIOS DE CONTACTOS (UEC) PARA INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN EL ASSIR ICS CAMP DE REUS.



AUTORES: Manuel Murillo Molina¹, Silvia Martínez García², Alba Murillo Monterroso³. Marta Allueva Aznar⁴, Marta Lopez Aliseda⁵, Lourdes Isal Forto¹

¹ Matronas , Assir Reus

² Matrona, Hospital de Móstoles (Madrid)

³ Enfermera , Cap ABS LA selva del Camp (Tarragona)

⁴ Enfermera Assir Reus 2

⁵ . Enfermera Assir Reus 3

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son las enfermedades transmisibles más frecuentes en nuestro entorno, frecuentemente asintomáticas que van en aumento. De todas las ITS declaradas en Catalunya en 2015, el VIH, la infección por clamidias, la gonococia, la sífilis, son las responsables de la mayor parte de morbilidad asociadas a las ITS.¹ El estudio de contactos (EC) es el proceso de identificación del caso índice y derivación de aquellas parejas sexuales a un profesional de la salud para el manejo adecuado. El término EC incluye la notificación a la pareja.²

Constituye una de las principales actividades de la vigilancia epidemiológica en Salud Pública, el propósito del cual es facilitar el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno para prevenir la reinfección del caso índice, reduce la transmisión en el ámbito comunitario, la reducción de brotes epidémicos y permite la implantación de medidas de prevención y control de la infección. También tiene un componente ético, ya que permite que los individuos expuestos puedan ejercer el derecho a conocer su situación de riesgo.³

OBJETIVO GENERAL

Evaluar, tratar y aconsejar las parejas sexuales de las personas que presentan una ITS.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Búsqueda del número total de parejas sexuales que ha tenido una persona infectada.
- ✓ Evaluar, tratar y aconsejar las personas que han tenido relaciones sexuales de riesgo.
- ✓ Disminuir la incidencia, la prevalencia, las reinfecciones y nuevos contagios con la finalidad de interrumpir la cadena de transmisión.
- ✓ Localizar y tratar las personas asintomáticas en fases iniciales del proceso y evitar la aparición de complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODO

LOCALIZAR Y TRATAR MEDIANTE :

- ✓ **PROFESSIONAL SANITARIO (Provider referral PoR)** Es el profesional sanitario el que realiza la búsqueda de los contactos del caso índice a partir de la información facilitada por el paciente, Implica un elevado tiempo y gasto económico. No preserva el anonimato.
- ✓ **NOTIFICACIÓN CONDICIONAL (Conditional-patient referral, CpR)**. Es caso índice y el profesional sanitario pactan un periodo de tiempo durante el cual es el caso índice el que comunica a sus contactos y la exposición de ITS, si no lo hace pasado este tiempo, el profesional contacta con las parejas sexuales del caso índice.
- ✓ **NOTIFICACIÓN DUAL (dual referral)**. La notificación es conjunta profesional-paciente.
- ✓ **CASO INDICE (Patient referral PaR)**. Se preserva el anonimato, es de coste bajo e implica poco tiempo .Es el mismo paciente quien informa a sus contactos. Implica la colaboración del paciente.

RESULTADOS

- ✓ Atención a las ITS innovadora y especializada en nuestro territorio.
- ✓ No todos los contactos acuden.
- ✓ Localizar y tratar las personas asintomáticas reduce las complicaciones.
- ✓ Figura de la matrona deja de ser la atención exclusiva a la mujer.
- ✓ Diferenciación de grupos claves para aumentar la captación.
- ✓ Seguir promocionando la negociación del preservativo como medio clave en la prevención.

CONCLUSIONES

- Los EC son beneficiosos costo-efectivo para las ITS asociadas a mayor morbimortalidad (gonococo, C. trachomatis, sífilis y VIH) en cambio no lo es tanto para ITS muy prevalentes y de curso en general más benigno.
- Implica beneficios para el caso índice, prevención de la infección y la reducción del riesgo de futuras ITS.
- Beneficios para las parejas, diagnóstico y tratamiento precoz, y detección de ITS recurrentes.
- Beneficios para la Salud Pública, reduce el periodo de transmisibilidad y por tanto reduce el riesgo de infección a otras personas.⁴

BIBLIOGRAFIA

- 1 WHO. Sexually transmitted infections (STIs). Fact sheet No. 110. Updated August 2016
- 2 Nelson KE. Surveillance. A: Nelson KE, Williams CM, Graham Neil MH, editors. Infectious disease epidemiology. Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers Inc., 2001. p. 97-117.
- 3 IUSTI. 2013 European guidelines for the management of partners of persons with sexually transmitted infections.
- Vallès X, Carnicer-Pont D, Casabona J. Estudios de contactos para infecciones de transmisión sexual. ¿Una actividad descuidada. Gac Sanit. 2011;25(3):224-32

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE DESGARROS PERINEALES DE III Y IV EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA EN 2016

AUTORAS: Laura M^a Chico Rodríguez, Leticia Martín Marcos, Cristina Hernández Marcos, Dorynn Abascal Follet, Virginia Rodríguez Matías

E.I.R.s 2º Año , H.U. Marqués de Valdecilla , Santander. U.D. Matronas (Cantabria)

INTRODUCCIÓN

Los desgarros perineales son las complicaciones obstétricas más frecuentes durante el parto. La patología grave del periné cursa con afectación del esfínter anal, clasificándose en desgarro de III y IV grado, siendo su incidencia entre el 2-19%. Entre los factores relacionados con desgarro perineal III y IV encontramos: edad, nuliparidad, duración expulsivo, episiotomía, parto instrumental.

OBJETIVO

1. Analizar la prevalencia de desgarros perineal III y IV del HOSPITAL XXXX durante el año 2016 y describir los casos.

1. Analizar la posible asociación significativa de las variables de estudio (edad, paridad, IMC, tipo de parto, episiotomía y horas expulsivo) con la presencia de desgarro.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo transversal. Se revisaron las historias de aquellas mujeres que habían sufrido un desgarro perineal grado III o IV durante el año 2016.

RESULTADOS

El total de partos en 2016 fue 3213. Se seleccionaron 24 mujeres que sufrieron un desgarro perineal (0.778%; 23 casos de desgarro perineal grado III y 1 caso grado IV). La edad media fue 33.38 ± 4.29 , el IMC 27.65 ± 2.94 y las horas de expulsivo $1:28 \pm 1:15$. Al 62.50% no se les practicó episiotomía. El 75% de los partos fueron eutócicos, 16.37% fórceps, 4.17% ventosa metálica y 4.17% ventosa Kiwi. La paridad de las mujeres fue: nulíparas 62.5%, primíparas 33.3%, multíparas 4.16%. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ninguna de las variables de estudio y la presencia de desgarro.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

En nuestro estudio, se obtiene un 0,778% de desgarros de III y IV grado, siendo inferior a los porcentajes encontrados en la literatura. Se ha observado que el tiempo medio de expulsivo es de 1:28 horas, coincidiendo con el recomendado (1-2 horas). La literatura defiende el uso restrictivo de la episiotomía, relacionándose con la aparición de desgarros; sin embargo, en nuestro estudio un 62,5% ocurrieron sin realizar esta práctica. Existe un aumento de este tipo de desgarros en los partos instrumentales, no obstante, hemos hallado un 75% relacionados con partos eutócicos, un 16,37% con fórceps, y un 8,34% con ventosa, corroborando que son mayores con fórceps que con ventosa. En la bibliografía un 49,8% de los partos ocurren en nulíparas, siendo 62,5% en nuestro caso. A pesar de que la literatura relaciona los desgarros graves con la edad, la nuliparidad, la duración del periodo de expulsivo, la realización o no de episiotomía y el parto instrumental, no hemos obtenido asociación entre estas variables en nuestra muestra. Esto significa que probablemente haya que aumentar el tamaño de la misma o buscar otras posibles causas.

IMPACTO DE LA DISPAREUNIA EN LA SEXUALIDAD POSTPARTO, ¿QUÉ PODEMOS HACER COMO MATRONAS?

AUTORAS: Marta Arriola González-Pinto¹, Andrea Gutiérrez Pulido², María del Carmen García Jurado², Irene Montes Hoyos³, Virginia Cortés Rodríguez³, Inmaculada Maldonado Herrero⁴.

¹ *Matrona, Hospital Basurto (Vizcaya)*

² *Matronas en paro*

³ *Matrona, H.U. La Paz (Madrid)*

⁴ *Matrona Hospital Nuevo Belén (Madrid)*

OBJETIVO

Identificar la magnitud de la dispareunia para su abordaje íntegro desde la consulta de la matrona.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Cochrane, Pubmed y Scielo, utilizando las palabras clave “puerperio”, “sexualidad” y “dispareunia”. Además, se consultaron otras fuentes como el MSSI y la SEGO. Se obtuvieron un total de 6 referencias bibliográficas para la elaboración de este resumen.

RESULTADOS

El puerperio es una fase que está definida por fuertes cambios físicos y emocionales, modificaciones y conflictos en las relaciones y una necesidad de adaptación al nuevo rol de “madre y padre”, siendo la sexualidad, una de las áreas que mayormente se ve afectada. Tras el nacimiento, se recomienda un periodo de abstinencia sexual para la recuperación física de la puérpera. Sin embargo, una vez ha pasado ese periodo, muchas parejas deciden reanudar sus relaciones sexuales sin ser conscientes de los cambios emocionales y físicos que se están produciendo. El dolor a la penetración suele ser el síntoma más manifestado entre las mujeres. Cuando esta experiencia es repetida puede producir miedo a futuros encuentros sexuales, provocando rechazo a la pareja e inhibición sexual. El dolor durante la penetración vaginal, se conoce como dispareunia. En un congreso de la SEGO en 2013, señalaron que la dispareunia es el trastorno sexual más prevalente en el postparto. Dentro de los artículos existe discrepancia en cuanto a porcentajes, pero la mayoría de ellos coincide en la alta prevalencia del dolor durante el coito, uno de los autores habla de hasta un 14% de mujeres que continúan experimentándolo después de 12 meses posparto, constituyendo la principal causa de éste, la presencia de traumatismo perineal. En relación al abordaje, la mayoría basan el tratamiento de la dispareunia en una mera recuperación física y genital, olvidándose todas las demás dimensiones de la sexualidad.

CONCLUSIONES

- 1 El postparto tanto precoz como tardío es un periodo muy vulnerable física y psicológicamente y en lo relacionado a la sexualidad involucra a la pareja en conjunto.
- 2 En el abordaje de la dispareunia no sólo es importante una buena detección precoz y tratamiento, sino también una buena prevención y psicoprofilaxis obstétrica previa al parto.
- 3 Las matronas como profesionales de la salud y primer escalón en la atención a estas parejas debemos continuar formándonos para tratar, rehabilitar y/o mejorar su salud tanto física como psicológica.

BIBLIOGRAFIA

- Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. MSSI.
- Solana-Arellano E, Villegas-Arrizón A, Legorreta-Soberanis J, Cárdenas-Turanzas M, Enzaldo De La Cruz J y Andersson N. Dispareunia en mujeres después del parto: estudio de casos y controles en un hospital de Acapulco, México. Rev Panam Salud Publica. 2008
- Fernández R, Lupión S, Porrás A, Avellanad MI. Las relaciones afectivas y sexuales durante el puerperio y la lactancia: El papel de la matrona. Matronas Hoy 1999.
- Ibañez L, Arrue M, Murgiondo D, Paredes J, García J, Dietz I. Disfunciones del suelo pélvico en primíparas. Influencia de la vía de parto. Congreso SEGO Barcelona 2009
- F Nohales Alfonso, G Mendez Perez, G Nuñez Celda, M Pau Casado, A Perales Puchalt, A Sanroma Perez. Dispareunia posparto: estudio caso-control
- Claudia Sánchez Bravo, Jorge Carreño Meléndez, Norma Patricia Corres Ayala, Bertha Elvia Taracena Ruiz. Perfiles e indicadores psicológicos relacionados con la dispareunia y el vaginismo. Vol. 33, No. 5, septiembre-octubre 2010 437. Artículo original. Salud Mental 2010;33:437

DOLOR DURANTE LA LACTANCIA MATERNA: SÍNDROME DE RAYNAUD

24

POSTER

AUTORAS: Irene Montes Hoyos¹, Marta Arriola González-Pinto², Virginia Cortés Rodríguez¹, M^a del Carmen García Jurado³, Andrea Gutiérrez Pulido³, Inmaculada Maldonado Herrero⁴

¹Matronas, Hospital La paz (Madrid)

²Matrona, Hospital de Basurto (Vizcaya)

³Matronas en paro

⁴Matrona Hospital Nuevo Belén (Madrid)

OBJETIVO

Conocer cómo afecta el síndrome de Raynaud en relación al dolor en el pezón y su implicación en la lactancia materna.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica durante el mes de febrero de 2018 de artículos relacionados con el síndrome de Raynaud y dolor en el pezón durante la lactancia, en inglés y en español, en las bases de datos Pubmed, Scielo, y Cochrane, seleccionando artículos que lleven publicados máximo 10 años. Se localizaron 21 estudios, de los cuales fueron incluidos 5 por ser los de publicación más reciente (entre 2012-2015). Las palabras clave utilizadas fueron: nipple pain, breast-feeding, nipple vasospasms, Raynaud phenomenon.

RESULTADOS

Uno de los motivos por lo que las mujeres acuden durante el puerperio a la consulta de las matronas en los centros de salud es por dolor en el pezón, el cual es el síntoma más frecuente que se da entre las puérperas que deciden dar lactancia materna, y es la 2ª causa de abandono de la misma en las primeras 6-8 semanas postparto. El fenómeno de Raynaud como un episodio isquémico provocado por frío o una emoción, manifestado por una extrema sensibilidad al frío sobre todo en las extremidades, aunque en algunas mujeres puede aparecer en mamas y pezones.

1 **Clínica:** Ardor o dolor agudo punzante durante la toma o que aparece en situaciones en las que el pezón se expone a cambios de temperatura más fría. El dolor se acompaña de cambios en la coloración del pezón, que pueden ser trifásicos (blanquecina- morada/azul-roja) o bifásicos (blanquecina-azul). Aparece en ambos pezones, y cuando recuperan su coloración normal el dolor cede.

2 **Diagnóstico:** Se realiza a través de la clínica, y hay que saber diferenciarlo del dolor que se produce por algún trauma en el pezón o infección. En el síndrome de Raynaud el dolor aparece cuando el pezón cambia de color, durante la exposición al frío o mientras da la toma al bebé o después de ella. En cambio, si se produce por un trauma en el pezón, infecciones o dermatitis, en este caso el dolor no desaparece.

3 **Tratamiento:** Reducir la vasoconstricción y promover la vasodilatación para mejorar la sintomatología y evitar complicaciones isquémicas asociadas. Se incluyen tanto medidas farmacológicas (Nifedipino 30 mg/día) como no farmacológicas: evitar frío y cambios bruscos de temperatura, técnicas de relajación, no consumir drogas, nicotina ni cafeína, amamantar en lugares cálidos.

CONCLUSIONES

Muchas mujeres experimentan transitoriamente dolor en los pezones durante la toma del bebé en los primeros días, siendo la causa principal que origina este dolor un enganche inadecuado del bebé al pecho. En este sentido es fundamental la actuación de la matrona tanto en la etapa prenatal como en el postparto inmediato, informando acerca de la lactancia materna y las posiciones para amamantar, las técnicas correctas de enganche, así como signos y síntomas anormales que pudieran aparecer y cuándo solicitar ayuda a los profesionales.

La labor de la matrona en Atención Primaria es fundamental para establecer el diagnóstico diferencial entre las posibles patologías que pueden originar dolor en el pezón, mediante una correcta anamnesis y exploración física y reconociendo los factores de riesgo implicados, para poder resolverlo con la mayor brevedad posible recuperando el confort de la mujer y evitando un abandono temprano de la lactancia materna. También es imprescindible conocer todas las posibles causas y síntomas a fin de saber cuándo es necesaria la ayuda de otro profesional de la salud que colabore en la resolución del problema y evitar complicaciones sobreañadidas.

BIBLIOGRAFÍA

- Mirón FJ, Camacho MD. Fenómeno de Raynaud y el amamantamiento doloroso. Rev Clín Med Fam 2012; 5 (1): 51-52.
- Buck ML, Amir LH, Cullinane M, Donath SM. Nipple Pain, Damage, and Vasospasmin the First 8 Weeks Postpartum. Breastfeeding Medicine 2014; 9(2): 56-62.
- Kent JC, Ashton E, Hardwick CM, Rowan MK, Chia ES, Fairclough KA, et al. Nipple Pain in Breastfeeding Mothers: Incidence, Causes and Treatments. Int. J. Environ. Res. Public Health 2015, 12: 12247-63.

- Wu M, Chason R, Wong M. Raynaud's Phenomenon of the Nipple. *Obstet Gynecol* 2012; 119:447–9.
- Barrett ME, Heller MM, Stone HF, Murase, JE. Raynaud Phenomenon of the Nipple in Breastfeeding Mothers: An Underdiagnosed Cause of Nipple Pain. *JAMA Dermatol.* 2013; 149(3):300-6.

VITAMINA D EN EL EMBARAZO, ¿ES NECESARIO UN SUPLEMENTO UNIVERSAL?

25
POSTER

AUTORAS: Nerea Garijo Pérez¹, Laura Abad López², Estefanía Camarero Briones³

¹Matrona, C.S Soria Rural (Soria)

²Matrona, C.S Sotillo de la Adrada (Ávila)

³Matrona, Hospital Santos Reyes, Aranda de Duero (Burgos)

INTRODUCCIÓN

La vitamina D tradicionalmente ha sido asociada a la regulación del metabolismo óseo, la absorción del calcio y del fósforo, el mantenimiento de la función muscular. Además, esta vitamina juega un papel muy importante en el embarazo, ya que interviene en la formación y el desarrollo óseo fetal y contribuye en al fortalecimiento de los huesos de la embarazada.

En los últimos años, se han desarrollado estudios que sugieren que unos niveles bajos del metabolito activo de la vitamina D, la 25 dihidroxivitamina D (25-OHD) podrían estar asociados a un aumento de abortos de repetición, preeclampsia, diabetes gestacional, infecciones maternas, parto pretérmino, recién nacidos pequeños para la edad gestacional, o niños con problemas en el desarrollo infantil.

La insuficiencia de vitamina D durante el embarazo es considerado un problema de salud pública a nivel mundial. Entre los factores que suponen un riesgo de déficit de vitamina D se encuentran el color de piel oscura, la exposición limitada al sol, la aplicación de protectores solares, el exceso de ropa, los hábitos alimenticios o la presencia de sobrepeso u obesidad.

OBJETIVO

revisar la bibliografía existente para determinar si es adecuado aconsejar la ingesta de suplementos de vitamina D a todas las gestantes del área básica de salud de Soria.

MATERIAL Y MÉTODO

Para dar respuesta al objetivo del estudio, se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos WEB OF SCIENCE, EMBASE, CINAHL y MEDLINE a través de PubMed.

Las palabras clave utilizadas fueron: vitamin D, 25-hydroxyvitamin D, pregnancy, supplements, maternal outcomes, neonatal outcomes.

Los trabajos seleccionados se limitaron a idiomas inglés y español, siendo descartados aquellos con fecha de publicación anterior a 2011.

RESULTADOS

Una vez realizada la lectura crítica de los estudios que más se ajustaban al objetivo de nuestro trabajo, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

En primer lugar, en la revisión sistemática realizada por Aghajafari et al. (1), tras examinar 31 artículos y con una muestra total de 22000 mujeres, se observó que las gestantes con niveles insuficientes de 25-OHD tenían una mayor tasa de diabetes gestacional, preeclampsia y vaginosis bacteriana que aquellas que tenían unos niveles adecuados de esta vitamina. En cuanto a los resultados perinatales, los investigadores mostraron una asociación entre niveles bajos de 25-OHD en las gestantes y recién nacidos pequeños para la edad gestacional y de bajo peso en el parto, no observando diferencias en la talla y el perímetro cefálico al nacimiento.

En segundo lugar, en la revisión sistemática elaborada por Pérez López et al. (2) que contaba con 13 artículos y 2299 mujeres en total, se apreció cómo los recién nacidos de madres que habían tomado suplementos de 25-OHD en el embarazo, tenían un peso y una talla significativamente mayor que el resto. Sin embargo, no observaron diferencias en cuanto a la tasa de cesáreas, la incidencia de preeclampsia, diabetes gestacional, parto pretérmino o recién nacidos pequeños para la edad gestacional.

En tercer lugar, en una reciente revisión Cochrane (3), los resultados mostraron que la provisión de suplementos de vitamina D en el embarazo mejoraba los niveles de 25-OHD al término de la gestación, pudiendo reducir el riesgo de parto prematuro, de preeclampsia temprana y de recién nacido de con bajo peso al nacer. Sin embargo, aumentó el riesgo de parto prematuro cuando se combinaba la vitamina D con el calcio.

Por último, en los metaanálisis realizados específicamente para estudiar la influencia de niveles bajos de 25-OHD en el desarrollo de diabetes gestacional, como el de Poel et al. (4) o el de Amraei et al. (5), se observó que las mujeres con diabetes gestacional tenían niveles de vitamina D en sangre significativamente menores que las gestantes con tolerancia normal a la glucosa. Este último trabajo, consideraba la insuficiencia de vitamina D como un factor de riesgo en el embarazo, proponiendo que los suplementos de 800-1000 UI al día en la gestación tenían efectos protectores para la salud maternofetal y el recién nacido.

CONCLUSIONES

A pesar de los beneficios referidos en muchos de los estudios, la heterogeneidad entre ellos (diferencias en las dosis y posologías de los suplementos, en el momento de inicio o en los puntos de corte establecidos) hace que estos resultados sean inconcluyentes.

Así pues, sería necesaria la realización de ensayos clínicos aleatorizados de alta calidad que pudieran establecer conclusiones definitivas sobre la utilidad y seguridad de los suplementos de vitamina D en el embarazo.

No obstante, a la vista de la importancia de esta vitamina, los profesionales sanitarios debemos detenernos en inspeccionar los hábitos y características de todas las gestantes para poder detectar precozmente los posibles casos de hipovitaminosis D, además de recomendar, a todas las embarazadas, el seguimiento de las directrices actuales sobre las cantidades diarias recomendadas de vitamina D.

BIBLIOGRAFÍA

- Aghajafari F, Nagulesapillai T, Ronksley PE, Tough SC, O'Beirne M, Rabi DM. Association between maternal serum 25-hydroxyvitamin D level and pregnancy and neonatal outcomes: systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMJ* 2013;346:f1169 DOI: 10.1136/bmj.f1169
- Pérez López FR, Pasupuleti V, Mezones Holguin E, Benites Zapata VA, Thota P, Deshpande A, et al. Effect of vitamin D supplementation during pregnancy on maternal and neonatal outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Fertil Steril.* 2015;103(5):1278-88. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2015.02.019
- De-Regil LM, Palacios C, Lombardo LK, Peña-Rosas JP. Vitamin D supplementation for women during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 1. Art. No.: CD008873. DOI: 10.1002/14651858.CD008873.pub3
- Poel YHM, Hummel P, Lips P, Stam F, van der Ploeg T, Simsek S. Vitamin D and gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Intern Med.* 2012 Jul;23(5):465-9. doi: 10.1016/j.ejim.2012.01.007
- Amraei M, Mohamadpour S, Sayehmiri K, Mousavi SF, Shirzadpour E, Moayeri A. Effects of vitamin D deficiency on incidence risk of gestational diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2018 Feb 1;9:7. doi: 10.3389/fendo.2018.00007

MASTITIS PUERPERALES Y MANEJO HABITUAL DE CADA TIPO

AUTORAS: *Rita María Varela Estévez, Carolina Prieto Pérez .*

E.I.R.s Hospital San Pedro (Logroño)

OBJETIVO

Dar a conocer los distintos tipos de mastitis puerperales y los tratamientos indicados en cada caso.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos sobre los distintos tipos de mastitis puerperales existentes y los tratamientos que se pueden administrar en cada caso. Se consultaron las bases de datos Pubmed, Trip Data Base, Biblioteca Cochrane, Guía Salud y Dialnet. También se ha consultado el libro Abordaje de las dificultades más frecuentes en lactancia materna. 1ª edición. Barcelona: Esmon Publicidad S.A; 2016

RESULTADOS

Antiguamente se creía que la leche materna era estéril, pero actualmente, y gracias a los estudios microbiológicos se conoce que posee una microbiota diversa y compleja. En la leche materna están presentes bacterias lácticas, estafilococos, estreptococos, bacterias gram negativas y gran positivas. Al nacer, el RN se coloniza de la microbiota de su madre a través del canal del parto, el contacto piel con piel y la lactancia materna. Esto favorece que las diversas bacterias presentes en la madre colonicen el intestino del RN produciendo así una programación de su sistema inmune innato protegiéndolo frente a infecciones, favoreciendo la digestión de nutrientes, el desarrollo cognitivo y la producción de sustancias bioactivas. La leche materna posee más estafilococos y lactobacillus que la leche artificial. Se ha observado una disminución del 50% de la microbiota materna cuando la madre recibe antibioterapia en el embarazo y el parto.

Cuando se produce una disbiosis microbiana en las mamas de las mujeres que amamantan se producen las mastitis, que son la principal causa de abandono evitable de la lactancia materna. Hay tres tipos de mastitis: aguda, subaguda y subclínica.

La mastitis aguda es la inflamación de uno o varios lóbulos de la glándula mamaria. Está causada por el estafilococo aureus y su afectación es principalmente unilateral. Provoca síntomas inflamatorios como calor, rubor, dolor y edema, síntomas pseudogripales como fiebre $>38^{\circ}\text{C}^{\circ}$, cansancio, dolor articular y también induración en el pecho e irritación o grietas en el pezón. El manejo habitual consiste en drenaje del pecho, reposo y AINEs las primeras 24h. Si los síntomas no mejoran se seguirá con un drenaje adecuado del pecho y antibioterapia empírica (amoxicilina-clavulánico (875/125mg c/8h)). Según la Academy of Breastfeeding y la OMS sólo es necesario realizar cultivo de la leche materna si no hay respuesta al antibiótico en 2 días, ante recidivas, mastitis nosocomiales, cuadros graves y mujeres alérgicas al tratamiento habitual.

La mastitis subaguda es el tipo más frecuente de mastitis puerperal. Está causada mayoritariamente por el estafilococo epidermidis, el cual crea biofilms en los conductos galactóforos y acinos provocando el estrechamiento de los mismos y dificultando la salida de la leche. No provoca síntomas inflamatorios ni afectación sistémica, pero provoca pinchazos, calambres, quemazón, induración y grietas en el pecho. El tratamiento en estos casos será un adecuado drenaje del pecho, la administración de probióticos y antibioterapia si persisten los síntomas.

La mastitis subclínica también está causada por el estafilococo epidermidis pero en concentraciones bajas que no provocan dolor. Se manifiesta con una sensación subjetiva de hipogalactia en la madre y un escaso aumento ponderal en el recién nacido. Se diagnostica con un aumento del sodio y de la interleucina 8 que nos advierten de un principio de inflamación. El manejo en estos casos será con probióticos.

Tres ensayos realizados sobre la administración de probióticos en las mastitis puerperales concluyen que el *L. Salivarius* y *L. Gasseri* pueden ser una estrategia alternativa y/o complementaria a la antibioterapia en las mastitis agudas. Además, el *L. Salivarius* (CECT5713 o PS2) resuelve 90% de los casos de mastitis subagudas y subclínicas y el *L. Fermentum* (Lactanza) un 65-70% de los casos de mastitis subagudas y subclínicas.

CONCLUSIONES

- ✓ Las mastitis agudas están causadas por el *S. Aureus* y su manejo será mediante drenaje del pecho, AINEs y antibioterapia.
- ✓ Las mastitis subagudas están causadas por el *S. Epidermidis* y se tratarán con el drenaje del pecho, probióticos y antibioterapia en caso de que no cedan los síntomas.
- ✓ Las mastitis subclínicas están causadas por el *S. Epidermidis* pero en concentraciones bajas, por lo que

- ✓ no provocan dolor. El manejo de las mismas será mediante la administración de probióticos.
- ✓ En las mastitis subagudas y subclínicas, los probióticos como el L. Salivarius parecen resolver el 90% de los casos mientras que el L.Fermentum el 65-70%. El L. Salivarius y L. Gasseri pueden ser una estrategia alternativa y/o complementaria a la antibioterapia en las mastitis agudas

Se necesitan más estudios y mejor diseñados para determinar la eficacia y la relación coste-beneficio de los probióticos.

PAPEL DE LA MATRONA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA EN LA MUERTE PERINATAL

AUTORAS: Beatriz Gutiérrez Gainzarain, Aida Gómez García, Raquel Carbajal Conde, Carmen De la Fuente Cardillo, Patricia Chávez Barroso.

E.I.R.s 1^{er} año H.U.Marqués de Valdecilla Santander. U.D Matronas Cantabria

OBJETIVO

Por desgracia la muerte fetal es un fenómeno relativamente común. La muerte perinatal se define como muerte del feto o recién nacido desde las 22 semanas de embarazo hasta la primera semana de vida. Según el Instituto Nacional de Estadística en España la tasa de mortalidad perinatal en 2016 fue de 4,43 por 1000 nacidos. En un tercio de las muertes fetales se desconoce la razón. En todos los casos el impacto emocional para los padres y familia genera **alto riesgo de duelo complicado** (dolor patológico, depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, ruptura de la relación...). Ante ello, la matrona debe integrar una **atención psicosocial** de calidad que contribuya a sobrellevar el proceso natural y necesario de duelo.

El objetivo de la revisión es identificar experiencias de padres y profesionales en la atención al proceso de muerte perinatal e identificar intervenciones psicosociales apropiadas de apoyo para el cuidado, que han demostrado satisfacción y confort para la resolución del duelo.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica de estudios en las siguientes bases de datos: Pubmed, Cuiden, Cinahl, y SciELO, con los descriptores "stillbirth" y "perinatal care", que reflejan experiencias de padres y profesionales en proceso de duelo por muerte perinatal (desde 1.1.2014 a 1.3.2018), en castellano e inglés. Se han identificado 12 artículos, de los cuales se han seleccionado 6 (3 revisiones sistemáticas) pues se ajustaban más a los objetivos de nuestra revisión.

RESULTADOS

Se documentan experiencias en padres de insatisfacción con la forma de transmitir el diagnóstico, no sentirse involucrados en la toma de decisiones y sin tiempo adecuado para aceptar la pérdida. Se identifica la necesidad de mayor capacitación de los profesionales por parte tanto de padres como de los propios profesionales. Para las matronas puede suponer estrés y desafío emocional, que hace que en ocasiones no se brinde un cuidado de duelo efectivo.

Se evidencia la importancia en la forma de informar a los padres (clara, escalonada y sensible, verbal y escrita), de hacerles partícipes activamente (pues alivia la ansiedad) y transmitir empatía y apoyo respetando sus decisiones.

Se ha de informar de la opción de parto y la posibilidad de verlo y cogerlo en brazos, adelantando el posible estado físico del bebe. Se hablara de la disposición respetuosa del cuerpo tras la posible autopsia, y sugerir almacenar algún recuerdo como vínculo hacia él (fotos, pulsera, huella...), todo en la mayor intimidad posible. Se recomienda tener presente a otros familiares cercanos en proceso de duelo (hermanos, abuelos...). Considerar particularidades culturales, e individualidad y diversidad de la pena.

Se ha de proporcionar un abordaje multidisciplinar, con ayuda espiritual del centro, con otros profesionales de la salud, así como de asociaciones, pues la necesidad de cuidado y apoyo continuará tras el alta hospitalaria.

CONCLUSIONES

Los estudios revelan que las estrategias para mejorar la atención deben ser una prioridad, pues la atención deficiente puede tener efectos negativos a largo plazo sobre la salud y el dolor. Un cuidado más psicosocial de la matrona como referente de la mujer entorno al momento del diagnóstico, parto y postparto aportando información basada en evidencia contribuye positivamente a la experiencia del duelo.

BIBLIOGRAFÍA

- Cassidy, P. (2018). Care quality following intrauterine death in Spanish hospitals: results from an online survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1).
- Ellis, A., Chebsey, C., Storey, C., Bradley, S., Jackson, S., Flenady, V., Heazell, A. and Siassakos, D. (2016). Systematic review to understand and improve care after stillbirth: a review of parents' and healthcare professionals' experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1).
- Hennegan, J., Henderson, J. and Redshaw, M. (2018). Is partners' mental health and well-being affected by holding the baby after stillbirth? Mothers' accounts from a national survey. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36(2), pp.120-131.
- Hidalgo-Lopezosa, P., Cobo-Cuenca, A., Carmona-Torres, J., Luque-Carrillo, P., Rodríguez-Muñoz, P. and Rodríguez-Borrego, M. (2018). Factors associated with late fetal mortality. *Archives of Gynecology and Obstetrics*.

- Peters, M., Lisy, K., Riitano, D., Jordan, Z. and Aromataris, E. (2015). Providing meaningful care for families experiencing stillbirth: a meta-synthesis of qualitative evidence. *Journal of Perinatology*, 36(1), pp.3-9.
- Peters, M., Riitano, D., Lisy, K., Jordan, Z., Aromataris, E. Providing care for families who have experienced stillbirth: a comprehensive systematic review. 2014.

CÁNCER DE CÉRVIX. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL



AUTORAS: Claudia Martínez Abad, Rocío Pedrosa Hurtado

E.I.R.s 2º año Hospital Clínico Universitario (Valladolid)

OBJETIVO

Definir el cáncer de cérvix y dar a conocer su prevalencia, factores de riesgo, medidas de prevención y terapéutica.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello de útero es el cuarto cáncer más común en mujeres en el mundo, causando unas 700 muertes al año en España. El cérvix se divide en exocérvix, formado por epitelio escamoso estratificado, y endocérvix, formado por epitelio cilíndrico simple secretor de moco. La transición entre ambos es la unión cilíndricoescamosa, y es donde hay mayor riesgo de transformación neoplásica. El virus del papiloma humano (VPH) es la causa necesaria para el desarrollo de cáncer de cérvix.

MATERIAL Y MÉTODO

Búsqueda bibliográfica en las bases de datos Clinical Key, UpToDate y Biblioteca Sanitaria online de Castilla y León con las palabras clave “cérvix”, “cáncer de cérvix”, “prevención cáncer de cérvix”, excluyendo los resultados publicados hace más de 5 años.

RESULTADOS

La mayoría de las infecciones con HPV son transitorias y desaparecen espontáneamente. Los serotipos oncogénicos más frecuentes son el 16 y el 18. Sin tratamiento, la transición de displasia a carcinoma invasivo puede llevar años o décadas tiempo durante el cual las lesiones precancerosas pueden ser detectadas y tratadas.

Prevención primaria:

- Educación para la salud: Informar sobre todo a jóvenes de que el uso correcto de preservativo puede reducir el riesgo un 70%.
- Vacunación: se han desarrollado tres tipos de vacunas:
 - Una bivalente: fue la primera en desarrollarse. Protege frente a los serotipos 16 y 18 del HPV.
 - Una tetravalente: proteger frente a los serotipos 16 y 18, lo hace también frente a los serotipos 6 y 11.
 - Una nonavalente: es la más moderna. Protege frente a los serotipos de la tetravalente y los serotipos 31, 33, 45, 52 y 58.

La recomendación de la OMS es administrar dos dosis de vacuna en niñas entre 9 y 14 años.

Prevención secundaria:

- Citología cervical exfoliativa: detección de células intraepiteliales en proceso de transformación.
- Test detector de HPV: es más sensible que la citología, pero menos específico. Si es positivo, será necesario realizar citología.

Diagnóstico: El diagnóstico definitivo es anatomopatológico. Se realiza colposcopia y se biopsia cualquier hallazgo anómalo.

Tratamiento: Los tratamientos deben incluir opciones para aquellas que deseen preservar la fertilidad. El tratamiento de elección en pacientes con cáncer de cérvix que no quieran preservar su fertilidad o en tumores con invasión de estructuras cercanas sería la histerectomía radical junto con radioterapia, quimioterapia o braquiterapia. Los tratamientos que preservan la fertilidad son:

- Conización: consiste en la biopsia de la zona de tejido afectada por el tumor. Esta técnica es la menos invasiva.
- Traquelectomía: linfadenectomía pélvica con eliminación del cérvix y tejidos adjuntos. Tras ella, bajas tasas de embarazo.
- Quimioterapia neoadyuvante y cirugía conservadora de la fertilidad: Primero habría que realizar una preservación de ovocitos.

CONCLUSIONES

La infección por VPH es necesaria para el desarrollo de cáncer cervical, cuyo cribado disminuye su incidencia y mortalidad. Se recomienda la administración de la vacuna nonavalente a todas las mujeres a partir de los 12 años.

No se recomienda realizar el test de VPH antes de los 30 años y el test de VPH negativo permite ampliar los tiempos de cribado con seguridad. El único método diagnóstico definitivo es la biopsia, existiendo diferentes líneas de tratamiento según estadio y necesidades de la mujer.

BIBLIOGRAFÍA:

- Abolafia Cañete B, Monserrat Jordán JA, Cuevas Cruces J, Arjona-Berral JE. Diagnóstico precoz del cáncer de cérvix: correlación entre citología, colposcopia y biopsia. *Prog Obstet Ginecol.* 2017; 60 (4):314-319.
- García S, *et al*, Prevalencia de virus del papiloma humano en mujeres españolas de un programa de cribado poblacional. *Rev Esp Quimioter.* 2017; 30(3): 177-182.
- Zigras T, Lennox G, Willows K, Covens A. Early Cervical Cancer: Current Dilemmas of Staging and Surgery. *Curr Oncol Rep.* 2017; 19 (51): 1-11.
- Park Y-K, Park C-H. Clinical efficacy of photodynamic therapy. *Obstet Gynecol Sci.* 2016; 59 (6): 479-488.
- Feldman S, Goodman A, Peipert J.F. Screening for cervical cancer. *UpToDate.* [Online]. Actualizado: 19 de septiembre 2017. Disponible en: https://uptodate.publicaciones.saludcastillayleon.es/contents/screening-for-cervical-cancer?search=cancer%20de%20cervix&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5 [Visitado el 20 de febrero de 2018].
- Small W, Bacon MA, Bajaj A, Chuang LT, Fisher BJ, Harkenrider MM, Jhingran A, Kitchener HC, Mileskin LR, Viswanathan AN, Gaffney DK. Cervical cancer: A global health crisis. *Cancer.* 2017;123 (13): 2404–2412.

PREVENCIÓN DE LA INFERTILIDAD EN ENDOMETRIOSIS: TRATAMIENTO PRECOZ CON ANTICONCEPTIVOS HORMONALES (AH)

AUTORAS: Carmen de la Fuente Cardillo, Patricia Chávez Barroso, Beatriz Gutiérrez Gainzarain, Aida Gómez García, Raquel Carbajal Conde.

E.I.R.s 1^{er} año Hospital Marqués de Valdecilla, Santander. U.D de Matronas (Cantabria)

INTRODUCCIÓN

La endometriosis es una enfermedad con una alta prevalencia entre las mujeres (se estima >10%), que consiste en la implantación tras desplazamiento de tejido endometrial funcionante en cualquier parte del cuerpo, sobretudo en el peritoneo pélvico y los ovarios. Estos implantes funcionales tienen dependencia hormonal (estrogénica), y pueden formar quistes de gran tamaño, zonas fibrosas, adherencias... Esta patología crónica puede generar síntomas muy perjudiciales sobre la calidad de vida de quienes la padecen, que se suelen agudizar durante la menstruación, y entre los que podemos señalar: dolor pélvico crónico, dismenorrea, dispareunia, disquemia, rectorragia, disuria, hematuria... (Schenken et al.) Y en hasta un 30-40% de las mujeres, infertilidad. De manera altamente frecuente, esta enfermedad pasa desapercibida durante mucho tiempo, siendo infradiagnosticada, lo cuál hace que las mujeres pasen largos periodos (se estima que entre 7 u 8 años desde los primeros síntomas hasta su diagnóstico), sin tratamiento (que puede ir desde la administración de AINEs, AHs, agonistas de la GnRH, etc. Hasta cirugías, no siempre eficaces y que conllevan en algunos casos la extirpación de órganos reproductores).

OBJETIVO

El objetivo principal es hallar datos sobre la influencia del tratamiento precoz con AH sobre la fertilidad como medio de intentar preservarla, y dar visibilidad a la presente patología y lo que acarrea, tratando así de disminuir su infradiagnóstico y el número de intervenciones quirúrgicas.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica buscado en las siguientes bases de datos: UpToDate, ClinicalKey y SciELO; usando las siguientes palabras clave "endometriosis gonadotropin treatment" y "prevención infertilidad endometriosis". De entre todas las publicaciones encontradas, se han identificado 7 publicaciones en inglés como útiles para la presente revisión. Por otro lado se ha consultado la Guía de Atención a las Mujeres con Endometriosis en el Sistema Nacional de Salud (SNS).

RESULTADOS

No se han hallado demasiados estudios que traten este tema desde el punto de vista de la prevención de la infertilidad, la mayoría se refieren al tratamiento para la disminución del dolor; o al tratamiento de la infertilidad ya instaurada relacionada con esta enfermedad (para la cuál el tratamiento con AH está contraindicado (Hornstein et al). Sin embargo, dado que el uso de AH (tanto combinados con baja carga estrogénica, como de sólo gestágenos), regulan los ciclos de estas pacientes, disminuyen el crecimiento endometrial, el dolor pélvico, los síntomas, la recurrencia de la enfermedad y el nivel de estrógenos biodisponibles (Schenken et al), un tratamiento con AH podría prevenir la aparición de infertilidad relacionada con endometriosis, al disminuir, además de lo citado y de manera más específica, el número de complicaciones que afectan a la fertilidad tanto física como psicológicamente, como: adherencias, obstrucciones tubáricas, implantes endometriales en sitios dispares, dolor y ansiedad, depresión... (Burney et al.; Hornstein et al) Con esta disminución del problema no sólo se aumentaría la calidad de vida de las pacientes, sino que se reduciría el gasto sanitario al disminuir técnicas de RA y cirugías (Tulandi et al).

Por otro lado se ha visto que el uso de fármacos agonistas de la GnRH también podría tener efecto beneficioso dado de manera precoz para la prevención de infertilidad (Hornstein et al).

CONCLUSIONES

El tratamiento con AH previa aparición de infertilidad por endometriosis podría ser preventivo para el desarrollo de la misma por el control sobre la progresión del crecimiento, e incluso a disminución del tamaño, de los implantes de tejido endometrial. Es necesario individualizar y estudiar cada caso.

En caso de darse muchos efectos adversos derivados del uso de AH, es posible combinarlos a bajas dosis junto con otros tratamientos como los agonistas de la GnRH, lo cuál parece beneficioso por no afectar a la fertilidad negativamente y disminuir posibles manifestaciones desagradables del uso de AH, como síntomas vasomotores y disminución de la densidad ósea. Podrían plantearse los agonistas de la GnRH como opción de tratamiento preventivo único, estudiando siempre cada caso (Hornstein et al).

La progresión de la enfermedad en su curso natural o las cirugías por complicaciones de la misma (tipo ooforectomía) abocan en muchos casos a infertilidad, por ello es necesario un diagnóstico de esta patología más precoz.

Hay muchos estudios destinados a tratar la infertilidad relacionada con endometriosis cuando esta está instaurada, sin embargo es escaso el número de trabajos que se centren en el estudio de la prevención de la citada complicación. De este hecho surge la necesidad de seguir profundizando en este tema y realizar más estudios (Bulletei et al).

USO ACTUAL DEL TRATAMIENTO HORMONAL SUSTITUTIVO EN EL ALIVIO DE LOS SÍNTOMAS DEL CLIMATERIO-MENOPAUSIA

30

POSTER

AUTORAS: Mónica Bernal Barreto, Laura Colmenero Parras, Carolina Prieto Pérez, Rita María Varela Estévez

E.I.R.s 2º año Hospital San Pedro (Logroño)

OBJETIVO

Evaluar la efectividad y seguridad de la terapia hormonal sustitutiva en el alivio de los síntomas climatéricos.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica con el fin de analizar el conocimiento actual en este tema.

Las bases de datos revisadas han sido Pubmed, Biblioteca Cochrane Plus, Centro Cochrane Iberoamericano, Cuiden, Scielo, Fisterra. Se consultaron páginas web como la de la SEGO, AEEM, guía NICE, guía SNS, etc. Se ha elegido publicaciones a partir del año 2012, con el objetivo de obtener una información más actualizada y novedosa. De todos los artículos se seleccionaron estudios de metaanálisis, ensayos clínicos, guías de práctica clínica y revisión bibliografía

RESULTADOS

Indicaciones de la Terapia hormonal en la menopausia natural:

- Crisis vasomotoras y atrofia vaginal de intensidad moderada-severa
- La dosis mínima eficaz, el menor tiempo posible, no debe mantenerse >5 años, ni en mujeres >de 60 años.

▪ Estrógenos:

Tratamiento más efectivo para los síntomas vasomotores y vaginales moderados-severos.

La vía transdérmica es más segura que la vía oral para el tratamiento de síntomas vasomotores. Y la vía intravaginal para el abordaje de los síntomas vaginales moderados-severos en ausencia de síntomas vasomotores.

▪ Progestágenos:

Alternativa para mujeres con síntomas vasomotores moderados-severos que requieran aún un método anticonceptivo o tratamiento por hipermenorreas importantes

Neutraliza los efectos proliferativos de los estrógenos en el endometrio

▪ Terapia hormonal combinada:

Estrógeno + progestágenos de pauta cíclica o continua.

En perimenopausia/ menopausia reciente se aconseja la pauta cíclica y en posmenopausia, régimen continuo.

- Estrógenos + gestágenos en mujeres con útero por riesgo de hiperplasia endometrial.
- En mujeres histerectomizadas, solo estrógenos (vía transdérmica, mejor perfil).
- Si síntomas vaginales y no sofocos: terapia con estrógenos intravaginales (no contraindicados en CV, tromboembólicas, si en cáncer de mama, tumores estrógenos-dependientes).

CONCLUSIONES

- Los cambios físicos, emocionales y sociales que se producen en el climaterio afectaran la calidad de vida de las mujeres.
- Se sugiere ofrecer la posibilidad de seguir tratamiento hormonal en mujeres con síntomas vasomotores intensos que afecten su calidad de vida, durante la etapa de climaterio-menopausia, informando claramente la efectividad y sobre todo los riesgos asociados.
- Importante papel de la matrona en la captación de la mujer, en los cuidados específicos e integrales para mejorar la calidad de vida de las mujeres en esta etapa del ciclo vital; y en la educación y promoción de estilos de vida saludables.

MANCHA MONGÓLICA VS MUCOPOLISACARIDOSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORAS: Elena Queral Martínez¹, Alba Pallisé Cardellach², Miriam Leiva Caballero¹, Ruth Ferre Canela³, Laura Pino Salaet⁴.

¹Matrona Assir Reus (Tarragona)

²Matrona, Assir Tarragona

³Matrona Hospital Vendrell(Tarragona)

⁴Matrona Hospital Verde de la Cinta , Tortosa (Tarragona)

INTRODUCCIÓN

Las mucopolisacaridosis (MPS) son un grupo de alteraciones metabólicas hereditarias autosómica recesiva simple debidas a una deficiencia de enzimas lisosómicas específicas, que son cadenas largas de hidratos de carbono que ayudan a construir los huesos, cartílagos, tendones, córneas, la piel y el tejido conectivo.

En general los niños que padecen algún tipo de mucopolisacaridosis no producen suficiente cantidad de una de las 11 enzimas requeridas para transformar estas cadenas de glucosa en proteínas. Esto produce daños tisulares permanentes y progresivos que afectan el aspecto y las capacidades físicas, los órganos y también el desarrollo mental. La incidencia es de 1:25000 nacidos vivos.

Su diagnóstico se puede establecer mediante el análisis de glucosaminoglicanos en orina o determinando la concentración de aminoácidos y acilcarnitinas en sangre seca mediante espectrometría de masas en tándem, para detectar los metabolitos asociados a estas enfermedades.

OBJETIVO

Presentar el caso de un recién nacido que presentó una mancha atípica en el momento del nacimiento.

MATERIAL Y MÉTODO (DESCRIPCIÓN DEL CASO)

Varón nacido en enero 2017 mediante parto eutócico RNAT 41+3 de PAEG 3200 gr (p10-25). Talla: 45cm PC: 34 EGB negativo. Miomas uterinos.

Exploración: Normal por aparatos excepto extensa mancha melanótica en zona lumbar, nalga y muslo posterior derecho. Ortolani-Barlow: Negativo.

Alimentación: LA

Ingreso en UCIN para diagnóstico diferencial con Síndrome de Hurler tipo II (Mucopolisacaridosis)

RESULTADOS (JUICIO CLINICO)

Las pruebas complementarias análisis de orina y sangre dieron negativas y se descartó la posible mucopolisacaridosis. Siendo sólo una mancha mongólica sin ninguna otra complicación.

CONCLUSIONES

En conclusión, la población española actual cuenta con más grupos raciales en que es frecuente la aparición de MM. Es importante conocer sus variantes (aberrante, persistente, múltiple, extensa o generalizada y sobreimpuesta), las enfermedades asociadas (facomatosis pigmentovascular, labio leporino y metabolopatías) y evitar su confusión con las lesiones de importancia más relevante o de maltrato infantil.

La matrona es el primer profesional que detectará estos casos. Es sumamente importante vigilar no dar diagnósticos al azar para no crear preocupación innecesaria a los padres.

BIBLIOGRAFÍA

- Behrman, MD. Richard E. Kliegman, MD. Robert M., Jonson MD. Hald B. Nelson Tratado de Pediatría. Mucopolisacaridosis. 17ª edición. España. Elsevier. 2006.p.482-6.
- Guerrero Fernandez J., Ruiz Domínguez J. A., Menéndez Suso J. J., Barrios Tascon. Manual de Diagnóstico Terapéutico en Pediatría. 5ta edición – Barcelona - Publimet. Año 2009; 168-169.
- A González-Meneses López, A Barcia Ramírez, JL Díaz Rodríguez PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN LAS MUCOPOLISACARIDOSIS Protoc diagn ter pediatr. 2010;1:24-36.

FACTORES ASOCIADOS AL ÉXITO DE PARTO VAGINAL CON UNA CESÁREA ANTERIOR

AUTORAS: Raquel Carbajal Conde, Carmen De la Fuente Cardillo, Patricia Chávez Barroso, Beatriz Gutiérrez-Gainzarain, Aida Gómez García.

E.I.R.s 1^{er} año Hospital Marqués de Valdecilla, Santander. U.D de Matronas (Cantabria)

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente aquellas mujeres que habían sido sometidas a una cesárea siempre volverían a serlo en embarazos posteriores. Sin embargo, en la actualidad, la prueba de parto vaginal después de cesárea (PVDC) es una práctica muy extendida, que se ofrece como alternativa a estas gestantes, siempre que no existan otros factores que contraindiquen esta vía. La importancia de esta práctica radica en ser la alternativa más fisiológica, que evita las complicaciones asociadas a una intervención quirúrgica, disminuyendo lesiones orgánicas, infecciones, hemorragias así como el periodo de recuperación. La tasa de éxito de esta práctica se ha establecido en 72-76% por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), alcanzando cifras del 87-90% en caso de que se haya producido un parto por vía vaginal previamente. Así como la presencia del parto previo, existen otros elementos que modifican estas probabilidades.

OBJETIVO

Valorar los factores que tienen mayor influencia sobre el éxito del parto vaginal en mujeres a las que se les haya practicado una cesárea previa con el fin de poder asesorarlas sobre sus condiciones de cara a la prueba de parto.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica de los estudios publicados en los últimos 5 años en las principales bases de datos (Pubmed, Cochrane, Scielo, Enfispo, Cuiden) utilizando las palabras clave “cesarean section”, “vaginal birth after cesarean”, “birth after previous caesarean”, “trial of labor after cesarean (TOLAC)”. Finalmente se seleccionaron 11 artículos que se ajustaban al objetivo de la revisión, cumpliendo los criterios de inclusión.

RESULTADOS

Todos los artículos analizaron la probabilidad de éxito de parto vaginal frente a una segunda cesárea en mujeres con una cesárea anterior, las cifras rondaron los 60-84%, exceptuando el estudio de Shaheen et al. en el que sólo consiguió parto vaginal un 42%. Entre los factores que se analizaron como posibles determinantes de este éxito se incluyeron: el parto vaginal previo, el inicio espontáneo de parto, la indicación de la cesárea previa, el índice de masa corporal (IMC) materno, el peso fetal estimado (PFE), la edad materna, la edad gestacional y la longitud cervical.

Los estudios coinciden en que la presencia de un parto vaginal previo es un gran predictor para el PVDC, así como el tiempo transcurrido desde el mismo. Otro de los factores más apoyados de manera significativa fue el inicio espontáneo de parto, llegando algunos autores como Wen J. al a establecer la inducción de parto como un factor asociado al fracaso del mismo. Shaheen N. et al. demostraron que el $IMC < 30$ se asociaba a mayores tasas de parto vaginal. Por otra parte, el PFE también obtuvo resultados significativos, especialmente si el recién nacido era menor de 4kg; por lo que Kalok et al. sugieren el PFE por ecografía como otro posible predictor para el PVDC, al igual que los sistemas de puntuación prenatal. Bhide a. et al. establecieron la relación entre las cesáreas previas realizadas por falta de progreso y el fracaso de PVDC.

Las condiciones del cuello uterino, tanto el Bishop favorable al ingreso como la longitud cervical a partir de la semana 36 de gestación se establecieron como factores de alta predicción en los estudios de Shaheen N. et al., y Beloosesky R. et al. respectivamente. En otros artículos también se estudió la edad de la gestante (<30 años) como predictor del parto y la edad gestacional > 40 semanas como factor asociado al fracaso de PVDC.

CONCLUSIONES

Todos los estudios mostraron unas tasas de éxito de PVDC similares a las establecidas por la SEGO. Se trata de una estrategia importante para limitar las tasas generales de cesáreas, puesto que se relacionan con alta morbilidad materna. Se han desarrollado herramientas de puntaje para predecir la probabilidad de PVDC en función de los factores que afectan a este éxito. Estos sistemas tienen variaciones dependiendo de la población en la que se aplique, por lo que sería importante desarrollar un modelo de predicción validado en nuestro medio para mejorar el asesoramiento de las gestantes e identificar aquellas condiciones que determinan una alta probabilidad de PVDC.

EVOLUCIÓN DE LA PROFESIÓN DE MATRONA DURANTE LOS SIGLOS XX-XXI

AUTORAS: Patricia Hernández Alía, Paula Caño Armenteros, Natalia Pino Pino.

E.I.R.s 1^{er} año Complejo Hospitalario de Toledo

OBJETIVO

Realizar un breve recorrido por la historia de las matronas para conocer los principales cambios sociales y los aspectos más importantes sobre la evolución en su formación a lo largo de los siglos XX-XXI.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una búsqueda bibliográfica en libros relacionados con la historia de las profesiones sanitarias; en las bases de datos (Pubmed, Scielo, Enfispo, UpToDate, Biblioteca Cochrane) y revistas electrónicas (Revista del colegio oficial de enfermería de Lleida, Matronas Profesión, Matronas Hoy). La búsqueda se limitó a los idiomas inglés y español, acotando el tiempo a los siglos XX-XXI.

RESULTADOS

La historia de la profesión de matronas es la historia de la civilización misma y de la obstetricia, pues esta toma su nombre de *obstetrix* que deriva del verbo *obstare*, cuyo significado es estar al lado o delante de la parturienta. La profesión de matrona ha ido evolucionando a lo largo del tiempo en su formación teórico-práctica hasta que en el siglo XX comienza la verdadera profesionalización. Concretamente en España, se debe a una continua reestructuración de los estudios para adaptarse a todos los cambios que se producen tanto en el ámbito sanitario como político. La matrona se mantiene como estudio independiente hasta 1953, cuando se unifican los estudios de Practicante, Enfermera y Matrona en un proyecto y título único: Ayudante Técnico Sanitario (ATS), creándose cuatro años más tarde la especialidad de asistencia Obstétrico-Matrona para los ATS femeninos. Más tarde, en la década de los 90, se aprueba el programa de formación de la especialidad, se establecen los requisitos mínimos de las Unidades Docentes y el sistema de acceso para la obtención del título, iniciándose la formación de la Primera Promoción de Especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) por el sistema EIR en 1994. En el año 2005 se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios de universitarios oficiales de Grado y Postgrado, apareciendo nuevas especialidades de Enfermería. Finalmente, con el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Los cambios sociales producidos en este periodo de tiempo, han influido notablemente en el desarrollo de las funciones y en el reconocimiento de la matronería. Hasta la década de los setenta del siglo pasado, fuera cual fuera el nivel cultural, social o económico de cada unidad familiar, el parto se producía en casa. Sin embargo, la construcción de las grandes maternidades significó un cambio importante en la asistencia al parto que tuvo repercusiones para las mujeres y para las matronas, pasando del parto domiciliario al hospitalario. El notable incremento en el número de partos que se atendían diariamente, unido a la seguridad en el manejo de medicamentos e instrumentación en el mismo por parte de los profesionales, hizo que a partir de los años setenta, la asistencia a los partos fuera totalmente intervencionista. Desde entonces hasta nuestros días, la asistencia al parto en el hospital ha ido cambiando hasta llegar a una asistencia menos intervencionista y más respetuosa. Además, el reconocimiento hacia las matronas ha estado sujeto a vaivenes y determinado por los límites impuestos desde la normativa sanitaria. El prestigio de la profesión ha estado influido por el agradecimiento de las mujeres y el reconocimiento médico.

CONCLUSIONES

A pesar de las dificultades por las que ha pasado nuestra profesión en muchos momentos, actualmente es una titulación universitaria en la que la docencia es impartida principalmente por matronas. De igual modo, la formación actual de las matronas garantiza una óptima atención tanto para los partos de alto riesgo como para los partos de bajo riesgo. A día de hoy, la matrona tiene una tarea importante en el asesoramiento y la educación para la salud, no solamente para la mujer, sino también en el seno de sus familias y de la comunidad.

¿POR QUÉ LAS FAMILIAS ELIGEN PARTO EN CASA?

AUTORAS: Miriam Leiva Caballero¹, Ruth Ferre Canela², Alba Pallisé Cardellach³, Elena Queral Martínez¹

¹Matronas Assir Reus (Tarragona)

²Matrona Hospital Vendrell (Tarragona)

³Matrona ASSIR Tarragona

INTRODUCCIÓN

Existen en la actualidad varios protocolos y guías clínicas en respuesta a la creciente demanda de mujeres, parejas y profesionales sanitarios por una necesidad de mejora en la asistencia al parto hospitalario, una atención más personalizada y menos intervencionista. Estos aconsejan respetar los deseos expresados por las mujeres en sus partos. Es importante que la mujer, junto con su pareja, pueda tomar decisiones previamente informadas, en todo el proceso de embarazo y parto, incluida la decisión del lugar dónde parir.

La evidencia científica en la actualidad nos aporta datos importantes respecto a la seguridad en el parto en casa. Según un estudio publicado en 2012, nacer en el domicilio particular es igual de seguro que nacer en el hospital, siempre que se trate de un parto de bajo riesgo y atendido por matrona o personal sanitario.

Con este estudio queremos dar visibilidad a esta opción. Algunas mujeres eligen parir en su domicilio y es necesario que los profesionales sanitarios estemos preparados para informar y apoyar de forma respetuosa estas decisiones.

OBJETIVO

General:

- Conocer los motivos de elección de parto en casa por las parejas que han dado a luz en casa en la provincia de Tarragona durante el periodo de enero 2016 a enero 2018.

Específicos:

- Recoger la experiencia del parto en casa en las parejas estudiadas según la relatan ellos mismos.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo, con metodología cualitativa de tipo etnográfico.

La muestra consta de 6 parejas que tuvieron su parto en casa atendido por una o varias matronas en la provincia de Tarragona entre enero 2016 y enero 2018. Estas mujeres fueron seleccionadas a partir de las relaciones profesionales con una o varias de las investigadoras. La recogida de datos se realiza a través de la observación participante y la entrevista grabada para su posterior revisión y análisis de los datos.

RESULTADOS

De las narraciones de las mujeres surgieron cinco temas: 1) opción de elección y empoderamiento: con el parto en casa, las mujeres sintieron que se les podría ofrecer opciones reales en lugar de las opciones sistemáticas, sintiéndose empoderadas; 2) Intervenciones y miedos: las mujeres creyeron que escogiendo un parto en casa no sentirían miedo ni repetirían malas experiencias (como no sentirse útiles para el proceso de nacimiento, paternalismo) , 3) falta de respeto: para no repetir la experiencia que tuvieron durante el parto en el hospital. 4) espacio de nacimiento: dar a luz en su propio hogar, rodeado de las personas que ellas quieran; y 5) conexión: las mujeres querían sentirse conectadas con el recién nacido, su cuerpo y su pareja durante el parto en casa.

CONCLUSIONES

El parto es un acto físico en el que están implicados aspectos emocionales y socioculturales de gran valor para las mujeres y sus parejas. Conocerlos, nos puede acercar a su experiencia permitiendo un mejor acompañamiento del proceso.

Las mujeres tienen derecho a decidir sobre el lugar de su parto y nacimiento de sus hijos, y la evidencia científica apoya la seguridad del parto en casa.

Las autoridades y organismos implicados deberían de ser consecuentes con la evidencia científica y las recomendaciones de la OMS y dar apoyo económico al parto en casa así como fomentar la formación de profesionales que lo acompañen, teniendo como referencia países como el Reino Unido y Holanda donde la práctica del parto en casa está totalmente avalada.

BIBLIOGRAFÍA

- Col.legi oficial Infermeria de Barcelona. Guia d'assistència del part a casa. Barcelona. 2010
- Office for National Statistics Births in England and Wales by Characteristics of Birth 2. 2012. [Accessed February

13, 2015]. Available from: <http://www.ons.gov.uk/ons/rel/vsob1/characteristics-of-birth-2--england-and-wales/2012/sb-characteristics-of-birth-2.html>.

- De Jonge A, Geerts CC, van der Goes BY, Mol BW, Buitendijk SE, Nijhuis JG. Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743,070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases. *BJOG*. 2014 Sep 10; Epub 2014.
- Parto planificado en el hospital versus parto planificado en el domicilio (Revision Cochrane traducida). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013 Issue 11. Art. No.: CD000352. DOI: 10.1002/14651858.CD000352
- National Institute of Health and Clinical Excellence Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth NICE Clinical Guideline 55. London: NICE. 2014.
- Lindgren H, Radestad I, Christensson K, Hildingsson I. Outcome of planned home births in Sweden 1992–2005. *Acta Obstet Gynaecol Scand*. 2008;87:751–759.
- Durand, AM. The safety of home birth: the farm study. *Am J Public Health*, 82 (3), p.450-453. 1992.
- Forster, DA., McLachlan, HL., Davey, MA., Biro, MA., Farrell, T., Gold, L. Flood, M., Shafiei, T. and Waldenström, U. Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: results from the COSMOS randomised controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16 (28) 2016.
- Schroeder, E., Petrou, S. and Hollowell, J. Birthplace cost-effectiveness analysis of planned place of birth: decision analytic model. *Birthplace in England research programme*. 2015.
- Kataoka Y, Eto H, Iida M. Outcomes of independent midwifery attended births in birth centres and home births: a retrospective cohort study in Japan. *Midwifery*. 2013;29:965–972.
- Blix E, Huitfeldt AS, Øian P, Straum B, Kumle M. Outcomes of planned home births and planned hospital births in low-risk women in Norway between 1990 and 2007: a retrospective cohort study. *Sex Reprod Healthcare*. 2012;3:147–153.
- Birthplace in England Collaborative Group Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*. 2011;343:d7400.
- Kennare RM, Keirse MR, Tucier GR, Chan AC. Planned home and hospital births in South Australia 1991–2006: differences in outcomes. *MJA*. 2010;192:76–80.
- Catling-Paul C, Coddington RL, Foureur MJ, Homer CS. Publicly funded homebirth in Australia: a review of maternal and neonatal outcomes over 6 years. *MJA*. 2013;198(1):616–620.
- Homer CS, Thornton C, Scarf VL, et al. Birthplace in New South Wales, Australia: an analysis of perinatal outcomes using routinely collected data. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:206.
- Hutton E, Reitsma A, Kaufman K. Outcomes associated with planned home and planned hospital births in low-risk women attended by midwives in Ontario, Canada, 2003–2006: a retrospective cohort study. *Birth*. 2009;36(3):180–189.
- Janssen PA, Saxel L, Page LA, Klein MC, Liston RM, Lee SK. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *CMAJ*. 2009;181(6–7):377–383.
- De Jong A, van der Goes BY, Ravelli ACJ, et al. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529,688 low risk planned home and hospital births. *BJOG*. 2009;116:1177–1184.
- Van der Kooy J, Peoran J, De Graff JP, et al. Planned home compared with planned hospital births in the Netherlands: intrapartum and early neonatal death in low-risk pregnancies. *Obstet Gynecol*. 2011;118:1037–1046.
- Davis D, Baddock S, Pairman S, et al. Planned place of birth in New Zealand: does it affect mode of birth and intervention rates among low risk women? *Birth*. 2011;38(2):111–119.
- Grünebaum A, McCullough LB, Sapra KJ, et al. Apgar score of zero at five minutes and neonatal seizures or serious neurologic dysfunction in relation to birth setting. *Am J Obstet Gynecol*. 2013;209:323:e1–e6.
- Cheyney M, Bovbjerg M, Everson C, Gordon W, Hannibal D, Vedam S. Outcomes of care for 16,924 planned home births in the United States: the Midwives Alliance of North America statistics project, 2004 to 2009. *J Midwifery Womens Health*. 2014;59(1):17–27.
- Hildingsson I, Radestad, Lindgren H. Birth preferences that deviate from the norm in Sweden: planned home birth versus planned cesarean section. *Birth*. 2010;288–295.
- Merg AL, Carmoney P. Phenomenological experiences: homebirth after hospital birth. *Int J Childbirth Ed*. 2012;27:70.

ACTUALIZACIÓN EN DEPRESIÓN POSPARTO.



AUTORAS: María del Carmen García Jurado¹, Irene Montes Hoyos², Virginia Cortés Rodríguez², Andrea Gutiérrez Pulido¹, Marta Arriola González-Pinto³, Inmaculada Maldonado Herrero⁴.

¹Matronas en paro

²Matrona Hospital La Paz (Madrid)

³Matrona Hospital de Basurto (Bilbao)

⁴Matrona Hospital Nuevo Belén (Madrid)

OBJETIVO

Conocer las entidades clínicas, factores relacionados, prevención y tratamiento de la depresión posparto.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica de diferentes bases de datos, seleccionando artículos entre los años 2013 y 2016, en lengua española e inglesa. La búsqueda se realizó entre el 07 de enero y el 18 de febrero de 2018. Las bases de datos consultadas fueron: PubMed, Cochrane, CUIDEN, Scielo, Dialnet, Index. Las palabras clave utilizadas fueron: Depresión posparto, factores de riesgo, prevención, tratamiento.

RESULTADOS

La **depresión posparto** (DPP) es un trastorno grave, que ocasiona un gran sufrimiento tanto en la madre como en la familia. Nos podemos encontrar:

- Cambios normales: alteraciones del sueño, del nivel de energía o cambios en el apetito.
- Tristeza posparto/maternity blues: Depresión posparto leve y transitoria. Suele desaparecer antes de 2 semanas.
- DPP: D
- Psicosis posparto: Es poco frecuente, sin embargo es importante identificarla pues es una situación de emergencia.

La etiología de la DPP es desconocida, pero se ha relacionado con cierta susceptibilidad genética y psicológica, así como con los cambios hormonales del puerperio. Debemos sospechar el trastorno si la mujer manifiesta los siguientes síntomas:

Ansiedad sobre la salud del bebé	Desaliento durante > 2 semanas	Falta de interés en las actividades del bebé
Desatención del bebé	Percepción negativa del comportamiento del bebé	Falta de respuesta al apoyo y tranquilidad

Actualmente disponemos de manuales para el diagnóstico de la DPP, como son el CIE10 y el DSM V, los cuales recogen las características que deben presentar para su diagnóstico.

Los hijos de madres con DPP desarrollan con mayor frecuencia relaciones de apego inseguro, trastornos conductuales, mayor riesgo de desatención y de maltrato infantil. Muchas parejas acaban en separación o divorcio. En último caso, puede presentarse suicidio e infanticidio. Si no es tratada, existe un riesgo elevado de depresión crónica.

Se ha propuesto el uso de la Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburg (EPDS) como instrumento de screening a todas las mujeres a las 6-8 semanas posparto. La GPC de atención en el Embarazo y Puerperio del SNS recomienda la puntuación de 12 como punto de corte del diagnóstico de depresión mayor. Además, dicha GPC sugiere la realización de grupos posparto en Atención Primaria, como estrategia de prevención.

CONCLUSIONES

El embarazo implica modificaciones físicas, psicológicas y sociales que pueden favorecer la aparición de trastornos depresivos en esta etapa del ciclo vital.

Existe una tendencia a infradiagnosticar los casos de DPP, pues los síntomas iniciales podrían confundirse con alteraciones habituales que sufren la mayoría de las mujeres en el puerperio. Esto puede llevar a que la depresión se cronifique, con graves consecuencias para la madre, el recién nacido y la estructura familiar.

Las matronas jugamos un papel crucial, puesto que en el seguimiento del posparto podemos identificar y diagnosticar aquellas madres que presenten factores de riesgo de DPP. Además, aparte del tratamiento médico necesario, podemos desarrollar talleres posparto que ayuden a las nuevas madres a disponer de grupos de apoyo y recursos para hacer frente a esta nueva situación vital.

BIBLIOGRAFÍA

- Olhaberry M, Romero M, Miranda A. Depresión materna perinatal y vínculo madre-bebé: consideraciones clínicas. Summa psicol. UST. 2015; 12(1): 77-87.
- Roy-Byrne, PP. Postpartum blues and unipolar depression: Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis. In: UpToDate, Post, TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2015.
- Fuentes ML, Pérez MP, Fontado Y. Recorrido histórico de la Depresión Posparto hasta las tendencias más actuales. Rev. Paraninfo Digital. 2016; 25. <http://www.index-f.com/para/n25/068.php> 12 de Febrero de 2018.
- Guille C, Newman R, Fryml LD, Lifton CK, Epperson CN. Management of postpartum depression. Journal of Midwifery & Women's Health 2013; 58(6):643-653.
- Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10.

COLESTASIS INTRAHEPÁTICA EN LA GESTACIÓN

AUTORAS: *Natalia Pino Pino, Paula Caño Armenteros, Patricia Hernández Alía.*

E.I.R.s 1^{er} año Complejo Hospitalario de Toledo

OBJETIVO

Aprendizaje y actualización en el manejo de la colestasis intrahepática en el embarazo, llevando a cabo una práctica clínica de acuerdo a la evidencia científica y protocolos actuales.

MATERIAL Y MÉTODO

El tipo de estudio realizado es una revisión bibliográfica haciendo uso de bases de datos (Pubmed, Scielo, UpToDate, Cochrane, Enfispo), protocolos hospitalarios (Clinic, SEGO, Hospital Universitario Salamanca, Hospital Universitario San Cecilio) y revistas electrónicas (Revista del Hospital Materno-Infantil Ramón Sardá de Buenos Aires, Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, Revista médica de Costa Rica y Centroamérica). La búsqueda se limitó a los idiomas inglés y español, acotando el tiempo a los últimos cinco años.

RESULTADOS

La colestasis intrahepática es una forma reversible de colestasis específica de la gestación, que aparece en el segundo o tercer trimestre y se resuelve espontáneamente tras el parto. El hecho central de su fisiopatología es una alteración del tráfico normal de los ácidos biliares hacia el duodeno con el consiguiente incremento de los mismos a nivel hepático y sanguíneo. Respecto a su epidemiología, se considera la hepatopatía de la gestación más frecuente, siendo la segunda causa de ictericia en el embarazo. Presenta una amplia variabilidad geográfica, encontrándose la incidencia más alta en Chile y Bolivia con un 5-15% de los embarazos. Además, conlleva un alto riesgo de recurrencia en gestaciones posteriores (45-70%) y es más frecuente en embarazos múltiples. En cuanto a su etiopatogenia es compleja y aún no ha sido establecida, pero hay varios factores que aumentan el riesgo de padecerla: factores genéticos (grupos étnicos, predisposición familiar), hormonales (estrógenos y progesterona, ingesta de anticonceptivos orales) y ambientales (variaciones estacionales y temporales). El diagnóstico de esta enfermedad se basa en dos pilares: la sintomatología y los valores analíticos. Dentro de las manifestaciones clínicas, el prurito es el síntoma principal (80%), seguido de la ictericia y en menor medida de dolor abdominal, náuseas y vómitos. Respecto a los valores analíticos, el aumento de las concentraciones séricas de ácidos biliares es la prueba más sensible y puede ser la primera y única anormalidad analítica. En general el pronóstico materno es muy favorable debido a que los síntomas y alteraciones bioquímicas se resuelven en días e incluso horas posteriores al parto. En contra parte, el pronóstico fetal no siempre es positivo, puesto que las mujeres embarazadas que padecen la enfermedad tienen un riesgo alto de partos pretérmino, fetos con sufrimiento fetal agudo e incluso muerte intrauterina; es por esta razón que el tratamiento y manejo temprano y oportuno es de gran utilidad. Además del seguimiento materno y fetal durante la gestación, es necesario el tratamiento farmacológico e higiénico-dietético. En cuanto al parto, se recomienda la inducción a partir de las 37-38 semanas de gestación en cuadros graves. Sin embargo, no hay evidencia científica que justifique la inducción en todos los casos. Por último, existe controversia en cuanto a la información encontrada para realizar un seguimiento adecuado en el postparto, aunque se recomienda realizar una visita tras la cuarentena para comprobar la resolución de la sintomatología y normalización de los valores analíticos.

CONCLUSIONES

No existe consenso de los estudios útiles para el diagnóstico de esta enfermedad, pero se acepta que las pruebas de función hepática y los ácidos biliares totales séricos deben ser los estudios de rutina. Por otro lado, a pesar de los diversos tratamientos, no hay estudios que validen que el tratamiento farmacológico modifique la repercusión fetal de la enfermedad; quizá esto se deba a que aún existen mecanismos desconocidos que afectan el pronóstico fetal. Sin embargo, aunque se trata de una enfermedad cuya causa se desconoce, presenta una clara expresión clínica y bioquímica, que junto con las severas complicaciones fetales y neonatales justifican la necesidad de un manejo específico de las gestaciones con CIE y el establecimiento de criterios para un diagnóstico precoz, con el fin de mejorar el pronóstico y prevenir las posibles complicaciones tanto para la madre como para el feto.

SITUACIÓN ACTUAL SOBRE LA VALORACIÓN DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO POR LAS MATRONAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SERGAS

AUTORAS: María Campos Piñeiro, Marta Barro Pascual.

E.I.R.s 1er año Hospital Arquitecto Marclde, El Ferrol (Galicia)

OBJETIVO

- ✓ Analizar si las matronas conocen las recomendaciones del Ministerio de Sanidad y del Sergas sobre la valoración emocional de la mujer en el periodo postparto.
- Analizar la utilización de las preguntas de Whooley en las consultas de matrona de atención primaria para valorar el estado emocional de la mujer.
- Analizar la utilización de la escala EPDS en las consultas de matrona de atención primaria.
- Valorar si la frecuencia de las visitas puerperales está protocolizada.
- Valorar la autonomía de las matronas de atención primaria para poder derivar a las mujeres con riesgo de DPP a la consulta de especialistas.
- Conocer la opinión del colectivo de matronas de atención primaria sobre el diagnóstico de DPP.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo basado en una encuesta que se administró a una muestra significativa de matronas de atención primaria de la Comunidad Autónoma de Galicia (n=). La encuesta constaba de 12 preguntas.

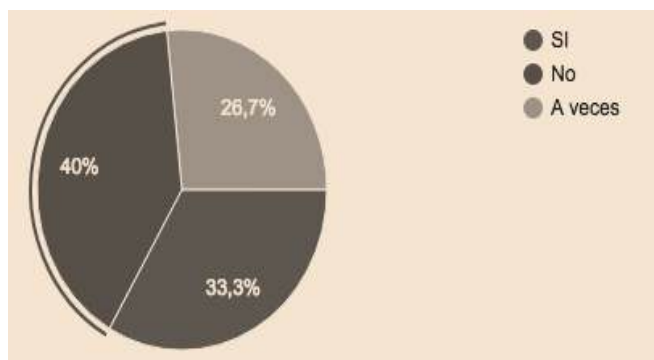
RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se obtuvieron 15 respuestas a la encuesta.

Según los mismos, la mayoría conoce las recomendaciones sobre visitas y valoraciones puerperales.

Respecto a las preguntas de Whooley el 66% de profesionales las conoce, pero sólo el 33% las aplica a todas las pacientes.

El uso de la Escala EPDS en la consulta de Atención Primaria responde al siguiente patrón:



El 85% de las matronas refiere seguir un protocolo de citación, en cambio, no coinciden los períodos en los que vuelven a citar a las pacientes, siendo predominante la respuesta "citación a demanda de la paciente". De esta manera, no siguen el protocolo de citas recomendado por el Sergas y el Ministerio de Sanidad.

Estudios de otros autores constatan la importancia de la DPP⁵ y la existencia de dificultades en el abordaje de DPP en este ámbito⁶

En nuestro estudio los/as profesionales, señalan que no existen en los centros protocolos de derivación y seguimiento. Menos de la mitad refieren poder derivar a las pacientes a las unidades especializadas de referencia.

Referente a la opinión sobre el diagnóstico de DPP coinciden en que encuentran dificultades por:

- ✓ Falta de tiempo
- ✓ Poca adhesión de los grupos post parto
- ✓ No existen protocolos
- ✓ Pérdida en el seguimiento
- ✓ Minimización del problema

ATENCIÓN AL PERÍODO POSTPARTO: LA MATRONA COMO PROFESIONAL IDÓNEO PARA EL CONTROL DEL PUERPERIO HOSPITALARIO

AUTORAS: Nuria Víctor Pérez, Beatriz Segura Cumbreño, Vanesa Rodríguez Casais

E.I.R.s 1^{er} año Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo (Galicia)

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Verificar la idoneidad del perfil profesional de la matrona para la atención y seguimiento del puerperio hospitalario.

Objetivos específicos:

- Demostrar la eficacia de los cuidados proporcionados por matronas durante la hospitalización puerperal.
- Demostrar que las matronas son el colectivo más adecuado para una atención integral de la mujer y su familia durante el puerperio inmediato y hospitalario.
- Verificar que las matronas son el personal más capacitado para proporcionar educación para la salud individual adecuada a las necesidades del puerperio y que su intervención aumente los conocimientos sobre autocuidados y cuidados del recién nacido.
- Valorar que la intervención de la matrona durante la hospitalización puerperal aumente la continuidad a la lactancia materna.
- Estimar el grado de satisfacción de las mujeres atendidas por matronas durante el puerperio.
- Destacar la importancia del papel de la matrona en las plantas de maternidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Este trabajo ha consistido en una revisión bibliográfica de carácter narrativo, utilizándose para ello fuentes escritas. Se han revisado tanto guías de práctica clínica, como estudios y artículos que tratan los cuidados en el puerperio proporcionados por matronas.

La búsqueda se realizó a través de las bases de datos PubMed, CINAHL, CUIDEN, Dialnet, SciELO, Encuentra y Cochrane, utilizando palabras clave, tanto en español como en inglés, en lenguaje natural y controlado. Los términos en lenguaje natural fueron: puerperio, postparto, puerperio inmediato, matronas, atención primaria, cuidado perinatal, self-care knowledge. Los términos en lenguaje controlado, a través de términos Mesh: puerperium, postpartum, postpartum period, midwives, midwifery, perinatal care, postnatal care, postpartum women. Todos ellos combinados con operadores booleanos. Las fuentes utilizadas han sido publicadas en los últimos 10 años y escritas en español e inglés.

Se consultaron revistas de enfermería como Matronas Profesión y Matronas Hoy, así también publicaciones de la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) y de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Además, se han tenido en cuenta las publicaciones del Boletín Oficial del Estado (BOE).

RESULTADOS

Tras el nacimiento y durante el puerperio, se producen grandes modificaciones fisiológicas y psicológicas en la mujer, así como la adaptación del recién nacido, que hacen de ésta una etapa de especial vulnerabilidad del conjunto familiar, con su consecuente especial necesidad de cuidados.

Actualmente en España, la atención y el seguimiento del puerperio hospitalario se llevan a cabo por los equipos de obstetras y enfermeras generalistas en la mayoría de los centros. A pesar de la necesidad de cuidados especializados en esta etapa, pocos hospitales cuentan con la atención de enfermeras especialistas en Obstetricia y Ginecología (matronas) durante la hospitalización puerperal.

Debido a su perfil profesional, la matrona se convierte en la figura más indicada para liderar la atención a las necesidades específicas de la mujer y el complejo familiar durante el puerperio que cursa con normalidad, y reservar la actuación de los obstetras para las pacientes de alto riesgo y las tareas de alta especialización (1).

La *Guía de Práctica Clínica de Atención al Embarazo y Puerperio* del Ministerio de Sanidad, tras la revisión de la literatura disponible, destaca la importancia de promover durante el puerperio hospitalario el apoyo necesario que asegure el establecimiento de un sentimiento de confianza y competencia respecto a la maternidad y fomentar el vínculo (2).

Desde el equipo de enfermería, que lidera los cuidados, se realiza una importante labor de educación para la salud, lo cual hace de la matrona la figura idónea para asumir este rol de enseñanza de autocuidados.

Para que esto sea posible, y afianzar la confianza de la mujer y su familia, es necesario reforzar una educación para la salud que les proporcione seguridad y aumente su capacidad de autocuidados. Este apoyo, ha demostrado aumentar la satisfacción con la atención y marcar una clara diferencia de actuación con los obstetras en la planta de hospitalización (1).

CONCLUSIONES

La bibliografía revisada sugiere que durante la etapa puerperal las mujeres y sus familias necesitan apoyo y

educación para la salud. Se ha demostrado que es necesario fomentar esta educación sanitaria, y tener en cuenta, además de los autocuidados básicos para la mujer y el recién nacido, la promoción de la salud física y emocional, lo cual mejora claramente la confianza y satisfacción de estas mujeres.

Las matronas son las profesionales indicadas y más capacitadas para proporcionar la asistencia y educación para la salud en el puerperio. El control del puerperio hospitalario realizado por matronas ha sido analizado en diversos estudios. En una revisión sistemática de la Cochrane (3), se comparó los resultados obtenidos tras la implantación de un modelo de cuidados liderados por matronas, los cuales confirmaron que la atención por matronas proporcionaba beneficios para la madre y el recién nacido como ingresos más cortos y aumento de las tasas de inicio de la lactancia materna, sin observarse un mayor incremento de eventos adversos puerperales.

Teniendo en cuenta el objetivo de normalizar y humanizar la atención al nacimiento, se recomienda que los servicios prestados durante el puerperio hospitalario sean coordinados y prestados por matronas, identificando aquellos casos que se desvíen de la normalidad y derivándolos al médico especialista. En España así lo recogen las Guías de *Atención al Parto Normal* y de *Atención al Embarazo y Puerperio*, redactadas por el Ministerio de Sanidad (2,4).

Es necesario un cambio de enfoque en la forma en que se prestan los cuidados, implementando modelos dirigidos por matronas en unidades de hospitalización obstétrica y maternal, coordinando los procesos de mujeres de bajo riesgo. La satisfacción percibida por las mujeres es mayor en los casos atendidos por matronas.

Podemos concluir que, en la actualidad, en España existen trabajos que siguen esta misma línea de investigación (1,11,13), sin embargo, quedan numerosos aspectos a estudiar y aún no se ha recopilado fuerte evidencia sobre el tema propuesto, por lo que es necesario realizar más estudios que verifiquen que la matrona es el personal idóneo para el control del puerperio hospitalario. Asimismo, los resultados de dichos estudios, podrían contribuir a la reflexión por parte de las administraciones sanitarias, y a la elaboración de estrategias eficaces para impulsar un modelo de atención más compatible con la humanización del proceso reproductivo. Por consiguiente, esta revisión bibliográfica abre una nueva línea de investigación y actuación.

BIBLIOGRAFÍA

- Pérez-Martínez E, Velasco-Vázquez D, Pacheco-Ardila F, Del Gallego-Lastra R, Sebastián-Viana T. Satisfacción en puérperas de bajo riesgo: obstetra frente a matrona. *Matronas Prof.* 2017; 18(3): 106-114.
- Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10.
- Hatem M, Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev* 2013. 8:CD004667.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2009/01. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPrac-ClinPartoCompleta.pdf>
- Espinilla-Sanz, B, Tomé-Blanco, E, Sadornil-Vicario ME, Albillos-Alonso L. Manual de Obstetricia para matronas. Difácil. 2017.
- Forster DA, McLachlan HL, Davey MA, Biro MA, Farrell T, Gold L, Flood M, Shafiei T, Waldenström U. Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: results from the COSMOS randomised controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016; 16: 28.
- Emilia Bailon Muñoz. La atención puerperal dada por las matronas en el domicilio mejora los indicadores de salud mental de las puérperas a los 4 meses posparto. *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria. Volume 9, Issue 6*, June–July 2002, Page 458
- Francisco José Navarro Bernal, Almudena Barroso Casamitjana, Ana María Peralta Domínguez. Visita puerperal en atención primaria: Cuidados de la matrona. *Hygia de enfermería: revista científica del colegio*, ISSN 1576-3056, N° 93, 2016, págs. 16-22.
- Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care Training modules. WHO. 2002.
- Arnau Sánchez J, Martínez-Ros MT, Castaño-Molina MA, Nicolás-Vigueras MD, Martínez-Roche ME. Explorando las emociones de la mujer en la atención perinatal. Un estudio cualitativo. *Aquichan.* 2016; 16(3): 370-381.
- Cano Asuar, María; Valiente García, Isis; Reina Caro, Antonio. Importancia de la asistencia de la matrona durante el puerperio para mejorar la adaptación a la maternidad. *Biblioteca Lascasas*, 2015; 11(3).
- Gómez-Ortiz M.^aC, Labandeira-López P, Núñez-Vivas M.^a, Mengíbar-Carrillo A, Vallecillos-Zuya S, Hernández-Martínez A. Necesidades educativas sobre autocuidados y factores relacionados en el puerperio domiciliario. *Matronas Prof.* 2014; 15(1): 10-17.
- Laurrieta-Saiz I, Alonso-Salcines A, Alconero-Camarero AR, Gil-Urquiza MT, Terán-Muñoz O, López-Mirones M. Plan de cuidados estandarizado durante el puerperio inmediato del parto normal. *Nuber Científ.* 2015; 2(15): 74-80.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: POSICIÓN FETAL OCCÍPITO-POSTERIOR Y ACTUACIÓN DE LA MATRONA.



AUTORAS: Virginia Cortés Rodríguez¹, Inmaculada Maldonado Herrero², Irene Montes Hoyos¹, Marta Arriola González-Pinto³, M^a del Carmen García Jurado⁴, Andrea Gutiérrez Pulido⁴.

¹ Matrona H.U. La Paz (Madrid)

² Matrona H.HM. Nuevo Belén(Madrid)

³ Matrona H. U. Basurto (Vizcaya)

⁴ Matronas en paro

OBJETIVO

revisión bibliográfica sobre la posición occípito- posterior para obtener una actualización de conocimientos sobre ésta, así como sobre las actuaciones posibles por parte de la matrona.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica durante el mes de febrero de 2018 mediante el análisis de estudios prospectivos casos-control, estudios retrospectivos y de casos y análisis clínicos sobre la incidencia de la posición occípito-posterior (OP), factores relacionados con dicha incidencia, diagnóstico, complicaciones e intervenciones posibles para corregirla.

Se han consultado las siguientes bases de datos: PubMed, CUIDEN, SCIELO, UpToDate y Cochrane.

Las palabras clave usadas fueron: labor presentation, presentación en trabajo de parto, occipitoposterior, occípito-posterior.

RESULTADOS

La incidencia de la posición OP es del 15-40% en el inicio del parto, realizando rotación espontánea a occípito-anterior (OA) en la mayoría de casos. Sólo del 2-6% mantienen la posición OP.

➤ Como factores que influyen en la posición OP:

- Relacionados con la pelvis materna: talla baja, deformidad pélvica e inmadurez pélvica en adolescentes, , pelvis antropoide y androide.
- Relacionados con los antecedentes obstétricos: nulíparas, placenta en cara anterior, cesáreas previas y partos anteriores con presentación OP.
- Relacionados con el feto: peso fetal con respecto de la pelvis materna y anomalías en el eje fetal, apareciendo también deflexión y asinclitismo.
- Otros: gestantes afroamericanas y asiáticas, obesidad, analgesia epidural, posición supino.

➤ Diagnóstico: ecografía prenatal, examen vaginal: se puede dificultar por escasa dilatación cervical, edema en cuero cabelludo fetal o capput y asinclitismos. Se valora fontanela mayor o anterior situada hacia sínfisis púbica materna con sutura sagital hacia sacro. Suele aparecer reborde anterior del cuello uterino. Otros signos clínicos: "Belly mapping" con palpación abdominal de partes fetales, abdomen con forma cóncava y deprimido en la zona periumbilical o inferior a ésta, foco auscultación FCF en la zona más lateral del abdomen. Dolor materno persistente en zona sacra.

➤ Complicaciones: evolución parto más lenta, con mayor uso de oxitocina, mayor dolor y uso de analgesia epidural, aumento partos instrumentales y cesáreas, aumento lesiones perineales (desgarros grado III y IV) y episotomías. En cuanto a los resultados en el RN no se encuentran diferencias significativas en el test de Apgar a los 5 minutos.

➤ Intervenciones:

- Rotación manual o instrumental.
- Intervenciones matrona con medidas posturales: posición decúbito lateral hacia el lado del dorso fetal, Sims modificado para variar ángulos pélvicos, posición manos- rodillas: en la cama o con birth ball, roll over: secuencia postural en intervalos de 20-30 minutos y rebozo.

CONCLUSIONES

La posición OP es poco frecuente pero incrementa los malos resultados obstétricos y la experiencia materna negativa de su parto. Es necesario realizar un diagnóstico precoz y correcto intentando corregirla con las técnicas efectivas y no lesivas para la madre y feto. Aunque según la bibliografía consultada, se necesitan más estudios, la modificación de la postura materna durante el parto por parte de la matrona puede ser una intervención efectiva.

BIBLIOGRAFÍA

- Bueno López V, Terré Rull C, Casellas Caro M, Fuentelsaz Gallego C. El impacto y la corrección de posiciones occipitoposteriores en el parto. *Matronas Prof.* 2015; 16(4): 118-123.
- Argani CH, Satin AJ. Management of the fetus in occiput posterior position. In: *UpToDate*, Rose, BD (Ed), upToDate, Waltham, MA, 2011.
- Morón Montiel J, Serrano Arenas M, Pérez Vergara I, Hernando Molina M, Hernández Lachehab S. Revisión bibliográfica sobre el manejo de las posiciones occipito-posteriores durante el trabajo de parto. *Cuidandote digital* 2015; 9: 1-16. 19.
- Cohen SR, Thomas Celeste R. Rebozo Technique for Fetal Malposition in Labor. *Midwifery Womens Health* 2015; 60:445–451.

SEGUIMIENTO Y CUIDADO DE UNA MASTITIS PUERPERAL COMPLICADA EN EL AULA DE PUERPERIO Y CRIANZA DEL HUVR. A PROPÓSITO DE UN CASO

40

POSTER

AUTORAS: Alicia Tejero Jiménez¹, Hiraya Maqueda Cayetano², Concepción Bermejo Bote³

¹Matrona en paro

²E.I.R.2º año H.U Virgen del Rocío ,Sevilla (Andalucía)

³Matrona, Hospital Isular de Lanzarote (I.Canarias)

INTRODUCCIÓN

Las mastitis constituyen la principal causa de destete no deseado. Además de ser una causa evitable de abandono, constituyen un problema tan infravalorado como infradiagnosticado. Las primeras 12 semanas constituyen el período de mayor incidencia, aunque puede ocurrir en cualquier momento de la lactancia. Se estima que de un 2% a un 33% de las mujeres que amamantan desarrollan una mastitis.

La causa principal de la mastitis es la estasis de la leche que puede o no estar asociada con infección. La estasis de la leche ocurre debida a una incorrecta técnica de lactancia cuando la leche no se extrae del pecho eficazmente.

A partir de la leche estancada, se proporciona un medio de cultivo para el crecimiento bacteriano, pudiéndose producir una infección. El tratamiento tardío o ineficaz de una mastitis puede originar un absceso mamario, una complicación grave, que se define como una acumulación de líquido infectado dentro del tejido mamario.

OBJETIVO

Conocer la última evidencia de los cuidados de las mastitis puerperales así como de su principal complicación, el absceso mamario.

MATERIAL Y MÉTODO

Se revisaron protocolos y guías de práctica clínica de entidades referentes en la materia como la OMS, la Academy of Breastfeeding Medicine, la FAME y el ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Además se revisó, por su importancia, los protocolos de la Sociedad Española de Enfermedades infecciosas y microbiología clínica y el material del último curso sobre lactancia materna impartido por la IHAN. Por otra parte, se consultaron artículos publicados en las principales bases de datos y de relevancia en la materia de los últimos 3 años.

RESULTADOS

Se presenta el caso de una primípara con LME que ingresó durante 3 días para antibioterapia intravenosa por mastitis puerperal. Vuelve 10 días más tarde por persistencia del cuadro. En urgencias prescriben clindamicina v.o. y le dan el alta. La matrona decide citarla para seguimiento en el aula de puerperio y crianza, espacio creado en el hospital para supervisar, apoyar y orientar a todas las puérperas y sus familias, sobre temas relacionados con la lactancia, cuidados postparto y crianza. En el aula de puerperio, la mujer no presenta fiebre, ni mal estado general pero sorprende el aumento de tamaño de la mama derecha, muy indurada y sin eritema. Se evalúa y corrige agarre del recién nacido, se explica el adecuado vaciamiento manual de la mama así como se instruye sobre el uso efectivo del sacaleches que porta. Al día siguiente, debido a la poca mejoría clínica, se propone cursar un cultivo de leche materna y se cita para eco de mama donde se le diagnostica un absceso mamario de 7 cm de diámetro. Éste fue drenado quirúrgicamente al día siguiente mediante incisión en el cuadrante inferior derecho y se dejó un drenaje. La mujer fue ingresada de nuevo para antibioterapia intravenosa y curas de la herida. Debido al vendaje y al dolor, la lactancia de ese pecho se ve dificultada pero se anima a continuar lactando del otro pecho. A los 2 días la mujer presenta bajo estado anímico y refiere desear dejar de lactar. Aunque se respeta la decisión, se anima y apoya estrechamente para que continúe lactando de la otra mama y extrayendo de manera manual de la afecta.

El tratamiento de las mastitis se debe basar en tres pilares principales: vaciado efectivo de la leche, medidas de confort (que incluye adecuada nutrición, hidratación y reposo) y tratamiento antiinflamatorio o analgésico para reducir el dolor. En caso de no resolverse la mastitis con medidas físicas, ante síntomas graves o empeoramiento, se debe iniciar tratamiento antibiótico con una duración de 10 a 14 días, siendo de primera elección el grupo de los beta-lactámicos para cubrir S.aureus (principal agente causal en nuestro medio). En caso de progresión a absceso mamario, es necesario su drenaje mediante la técnica más adecuada teniendo en cuenta las características del absceso y preferencias de la madre.

CONCLUSIONES

La mastitis es una entidad frecuente cuya prevención y tratamiento inicial recomendado se basan en evitar la estasis de leche. En caso de iniciar antibioterapia empírica, esta deberá cubrir S. aureus. El absceso mamario, es la complicación más grave de la mastitis, con tratamientos largos y costosos que muchas veces abocan a un abandono de la lactancia. Resulta imprescindible el estrecho seguimiento y apoyo de las matronas a las mujeres que sufren estas complicaciones, pudiendo utilizarse el aula de puerperio y crianza para tal fin.

PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE : EMBARAZO Y LACTANCIA .



AUTORA: *María Victoria Corporales Prieto*

*Matrona/ Sexóloga/ Diploma Superior en Nutrición y Salud Pública
C.S. San Antonio La Velilla (Madrid)*

OBJETIVOS

Objetivos Generales

- Elevar el nivel de conocimientos en alimentación/ nutrición en los periodos de gestación y lactancia.
- Capacitar a la mujer para poder diferenciar entre "alimento" y " nutriente"
- Participar en la Promoción de la Salud (según la Carta de Ottawa)

Objetivos Afectivos

- Promover que las gestantes del área sureste (Velilla/Loeches) sean capaces de conocer y desarrollar habilidades para la confección de menús equilibrados.
- Aumentar la satisfacción respecto a los servicios recibidos
- Elevar la autoestima al saber combinar los grupos de alimentos equilibrando nutrientes
- Humanizar la atención

MATERIAL Y MÉTODO

Grupo diana: Mujeres gestantes censadas en Velilla/Loeches

Charla a grupos

Ubicación: Biblioteca Centro de Salud

Temporalización: 6 sesiones- Exposición, 45 minutos/(Coloquio interactivo ,15 minutos (dudas)/ Práctica 15 minutos

Cadencia : semanal

Captación: E.A.P.- Mismo grupo de Educación Maternal (abierto)

RESULTADOS

Grado de satisfacción alto tanto de forma verbal directa, como también manifestada en los datos recogidos en la hoja de evaluación

Conocimiento de la Población diana sobre temas tratados (rejilla dos items)

CONCLUSIONES

Considerando que el objetivo más importante de un programa de alimentación/nutrición consiste en:

- Proteger la salud y el crecimiento de los niños desde la " concepción" hasta la edad adulta, la madre constituye el enlace" imprescindible, entre los servicios sanitarios de 1^{er} nivel y el niño.
- Su correcta formación dietética ofrece ventajas que van más allá del simple mejoramiento de la mujer durante la gestación y lactancia
- Sería conveniente/ necesario iniciar estas sesiones desde la 1^a visita de captación en el embarazo.
- Toma de conciencia sobre : nutrientes/ ser capaces de leer etiquetado/ código del huevo etc,.

COMPARACIÓN DEL PORCENTAJE DE CESÁREAS Y PARTOS INSTRUMENTALES ENTRE GESTANTES CANDIDATAS A UN PARTO NORMAL Y GESTANTES NO CANDIDATAS.

AUTORES: Ana Casteleiro Vallina¹, María Paz Zulueta², Miguel Santibáñez Margüello³

¹Matrona Hospital Basurto (Vizcaya)

² Matrona.Doctora en Ciencias de la Salud. Facultad de Enfermería, Universidad de Cantabria.

³ M.D. Ph.D. Facultad de Enfermería, Universidad de Cantabria.

OBJETIVO

Comparar el porcentaje de partos instrumentales entre el grupo de candidatas a un parto normal y el grupo de no candidatas.

Comparar el porcentaje de cesáreas entre el grupo de candidatas a un parto normal y el grupo de no candidatas.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal. La población de estudio fue el total de partos hospitalarios atendidos en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla desde el 1 de enero de 2014 hasta el 31 de diciembre de 2014 (n=3315). Se definió como “gestante candidata a un parto normal”, a una gestante con parto hospitalario, sin patología gravídica (materna, líquido amniótico o fetal), gestación controlada, feto simple, no inducido, a término y estado neonatal “recién nacido vivo” de acuerdo a la Guía nacional de Práctica Clínica de Atención al Parto Normal y guías internacionales. Los datos se obtuvieron a partir de registros secundarios, comparándose entre grupos mediante la Ji Cuadrado.

RESULTADOS

El 69,62% de los partos en el grupo de candidatos fueron eutócicos, frente al 58,54% del grupo de no candidatos. En el grupo de partos candidatos se realizó un parto instrumental en el 11,01% de los casos. En el caso de los partos no candidatos se practicó un parto instrumental en el 14,59% de los casos, p<0,000.

Se practicó cesárea al 19,32% de los partos candidatos a un parto normal, frente al 26,79% del grupo de partos no candidatos, p<0,000.

	Gestantes candidatas parto normal				
	Si	No		Total	val or p
	n=1863	%*	n=1452	%*	n=3315
Partos eutócicos	1298	69,7	851	58,6	64,8
Partos instrumentales	205	11,0	212	14,5	12,8
Cesárea	360	19,3	389	26,7	22,9

* Porcentaje válido (sin tener en cuenta los valores desconocidos o missing).

CONCLUSIONES

Nuestro estudio muestra que en el grupo de candidatas a parto normal el porcentaje de partos instrumentales fue de 11%, estando algo por debajo del porcentaje de otras maternidades españolas, siendo el porcentaje de partos instrumentales de otras maternidades del 15,1% (Salgado-Barreira A et al. 2010).

El porcentaje de cesáreas en el grupo de gestantes candidatas a un parto normal es superior al recomendado por la OMS, sin embargo, nuestros resultados se acercan a los porcentajes de otras maternidades españolas, que presentan porcentajes de cesáreas del 22,2% y del 23, 8% (Salgado-Barreira A et al. 2010; Redondo A et al. 2013).

BIBLIOGRAFÍA

- OMS. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. OMS. 2015: WHO/RHR/15.02.
- Ye J, Zhang J, Mikolajczyk R, Torloni MR, Gülmezoglu AM, Betrán AP. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. BJOG. 2016;123(5):745-753.
- Salgado-Barreira A , Maceira-Rozas M, López-Ratón M, Atienza-Merino G. Variability in delivery in Spain. Analysis of the minimum data set for hospital discharges. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2010;53(6):215-222.
- Redondo A, Sáez M, Oliva P, Soler M, Arias A. Variability in the cesarean ratio and indications for the procedure among Spanish hospitals. Gaceta Sanitaria. 2013;27(3):258-262.

FACTORES DE RIESGO PARA LA DIÁSTASIS DE RECTOS ABDOMINAL DURANTE EL EMBARAZO Y POSTPARTO

AUTORAS: Laura Colmenero Parras, Carolina Prieto Pérez, Rita María Varela Estévez, Mónica Bernal Barreto.

E.I.R.s 2º año Hospital San Pedro (Logroño)

OBJETIVO

Enumerar los factores de riesgo para la diástasis de rectos abdominal durante el embarazo y postparto.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica realizada en diversas bases de datos: Pubmed, dialnet, scielo, Medes, así como también se utilizó un TFG y una presentación realizada en un congreso.

RESULTADOS

-Factores de riesgo para la diástasis de rectos durante el embarazo:

Edad materna elevada, multiparidad, cesárea, polihidramnios, obesidad, elevado peso al nacer, raza caucásica, flacidez de la musculatura abdominal, cuidado de niños pequeños, estreñimiento y partos complicados
Contradicciones entre los autores con respecto al: embarazo múltiple, IMC elevado

-Factores de riesgo durante el puerperio: Pérdida excesiva de peso y ejercicio físico extenso

-A los 6 meses postparto, no se encontró significación estadística para: edad, IMC elevado antes del embarazo y a los 6 meses postparto, ganancia de peso durante el embarazo, peso del bebe al nacimiento, circunferencia abdominal elevada en semana 35 de gestación y ejercicios de entrenamiento antes, durante y después del embarazo

-A los 12 meses postparto, los factores de riesgo no parecen estar claros.

Un autor señala como factor protector el ejercicio antenatal y durante el embarazo.

CONCLUSIONES

Aunque durante el embarazo algunos autores han encontrado relación entre determinados factores de riesgo y la diástasis de rectos, en general, no parece existir un consenso claro dentro de la comunidad científica.

No obstante, teniendo en cuenta que determinados factores de riesgo son modificables (obesidad, estreñimiento etc.) podemos establecer pautas de prevención y actuación basadas en: reducción del IMC, ejercicios para aumentar la fortaleza en la musculatura abdominal, pautas sobre higiene postural y ejercicios respiratorios para afrontar actividades hiperpresivas, etc.

Dado que los cuidados y recuperación de la mujer en el postparto entran dentro del marco de competencias de las matronas, se necesita más investigación sobre el papel que puede desempeñar este profesional con respecto a la prevención de la diástasis de rectos.

MOTIVOS DE INDICACIÓN DE CESÁREA EN EL HOSPITAL DE LAREDO

44
POSTER

AUTORAS: Soraya Varona Iglesias¹, Laura Barragán García², María Ruiz Caballero², María Jesús Barcenilla Domingo²

¹ Matrona Hospital Rio Hortega (Valladolid)

² Matronas Hospital Comarcal de Laredo (Cantabria)

OBJETIVO

Describir los motivos de indicación de cesárea en el Hospital comarcal de Laredo, dentro del área sanitaria II de Cantabria

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo descriptivo. Incluimos todas las gestantes a término a las que se les indicó una cesárea durante 2017.

RESULTADOS

En 2017 se realizaron 89 cesáreas (de un total de 458 nacimientos) en el Hospital de Laredo lo que corresponde a una tasa de 19,4%.

Los motivos de indicación de cesáreas se han dividido en 9:

- riesgo de pérdida de bienestar fetal,
- no progresión del parto,
- presentación podálica,
- desproporción pélvico-cefálica,
- mala presentación fetal,
- cesárea iterativa,
- fracaso de inducción
- placenta previa.

Un 30,3% de las cesáreas se realizaron por riesgo de pérdida de bienestar fetal, un 11,23% por desproporción pélvico-cefálica, un 5,61% por cesárea iterativa, un 19,10% por presentación podálica y un 19,10% por no de progresión del parto. Las cesáreas restantes fueron por mala presentación 1,2%, fracaso de inducción en un 6,74%, por patología materna un 5,61% y por desprendimiento de placenta un 1,12%.

CONCLUSIONES

El motivo más frecuente de cesárea en nuestra área es el riesgo de pérdida de bienestar fetal, seguido de la no progresión de parto y de la presentación podálica. Con el fin de reducir el número de cesáreas en nuestro hospital, se está comenzando a realizar micotoma para pH de la calota fetal ante un registro cardiotopográfico anormal, y a realizar la versión cefálica externa en las presentaciones podálicas.

Los siguientes estudios que realizaremos será evaluar si se ha conseguido una disminución del índice de cesáreas con las mejoras introducidas.

IMPLICACIÓN DE LA CIRUGÍA ESTÉTICA DE MAMA SOBRE LA LACTANCIA MATERNA

AUTORAS: Rocío Pedrosa Hurtado, Claudia Martínez Abad.

E.I.R.s Hospital Clínico Universitario (Valladolid)

INTRODUCCIÓN

La cirugía plástica tiene tendencias al alza a escala global. Según las estadísticas difundidas por la Sociedad Internacional de Cirugía Plástica, España ocupa el onceavo puesto en cuanto a cantidad de intervenciones estéticas quirúrgicas realizadas, siendo la cirugía estética de la mama la intervención más solicitada. Algunos estudios sugieren que las intervenciones estéticas sobre la mama, tanto de aumento como de reducción, podrían influir en la lactancia materna.

Teniendo en cuenta que la cirugía estética de mama implica, en la mayoría de casos, a mujeres jóvenes, es posible encontrar en nuestras consultas a mujeres solicitando información sobre las consecuencias de este tipo de cirugía sobre la lactancia materna.

OBJETIVO

Analizar la influencia de la cirugía estética de la mama en la lactancia materna.

MATERIAL Y MÉTODO

Búsqueda bibliográfica en la Biblioteca Sanitaria online de Castilla y León con las palabras clave “breastfeeding”, “augmentation mammoplasty”, “reduction mammoplasty”, “breast augmentartion” y “breast reduction”. Se incluyeron los estudios con cualquier tipo de diseño, publicados en los últimos 20 años en español o inglés siguiendo criterios de calidad científica.

RESULTADOS

- En la literatura revisada se ha encontrado que la mamoplastia de aumento disminuye o dificulta la LM de un 21% a 60%.
- El abordaje periareolar es el más incapacitante frente al submamario o axilar, llegando a ser cinco veces inferior la capacidad de lactar. La incisión transareolar también influye en la LM.
- En cuanto a la mamoplastia de reducción, técnicas que no lo preservan el parénquima subareolar tienen un 4% de éxito, llegando a un 75% de éxito si lo preservan. Los pedículos inferior y superior muestran más éxitos que el pedículo horizontal.

Los factores directamente relacionados con la cirugía que comprometen la lactancia materna son:

- Sección de la rama lateral y medial del 3,4 y 5º nervio intercostal o las terminaciones nerviosas del complejo areola-pezón disminuyendo la sensibilidad y pérdida del reflejo de eyección en respuesta a la succión.
- Sección de ductos lactíferos y senos lactíferos, más acusado en el abordaje periareolar y transareolar, que se traduce en un acúmulo y daño glandular por ausencia de drenaje.
- Daño glandular mediante sección o presión. El implante puede presionar el tejido mamario dañándolo (lesionando y atrofiando las células alveolares de la pared) o bloqueando los conductos lactíferos.
- Complicaciones secundarias a la cirugía que pueden hacer de la lactancia una experiencia dolorosa.

CONCLUSIONES

- Tanto la mamoplastia de aumento como la de reducción tienen efectos negativos sobre la LM. Sin embargo la literatura disponible sobre la materia es muy dispar, siendo difícil obtener una conclusión certera.
- Serían necesarios más estudios prospectivos bien diseñados metodológicamente, con una muestra de mujeres importante que analizase las repercusiones sobre la LM de la cirugía estética realizada sobre la mama.
- El éxito en la LM debería definirse como la capacidad de proveer LM en exclusiva a los 6 meses de vida, siguiendo las recomendaciones de la OMS.

BIBLIOGRAFÍA

- Guridi R, Arriagadas J. Cirugía de aumento mamario. Rev med clin condes. [Internet]. 2010; 21(1) 107 – 112. Disponible en: <file:///C:/Users/Rocio/Desktop/c.%20plastica/mama%20aumento/1%20guia%20aumento%20mama.pdf>
- Aparecida de Andrade R, Pereira Coca K, Abrão A.C. Breastfeeding pattern in the first month of life in women submitted to breast reduction and augmentation. J Pediatr. 2010; 86(3):239-244.

- Schiff M, Algert C, Ampt A, Sywak M, Roberts C. The impact of cosmetic breast implants on breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *International Breastfeeding Journal*. 2014; 9:17.
- Kraut R.Y. The impact of breast reduction surgery on breastfeeding: Systematic review of observational studies. [Internet]. *PLoS ONE*. 2017; 12(10):e0186591. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186591>
- Chiummariello S, Cigna E, Buccheri E.M, Dessy L.A, Alfano C, Scuderi N. Breastfeeding After Reduction Mammoplasty Using Different Techniques. *Aesth Plast Surg*. 2008; 32:294–297

A PROPÓSITO DE UN CASO: EMBOLISMO DE LÍQUIDO AMNIÓTICO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

46

POSTER

AUTORAS: *Laura Isabel de los Santos Domínguez*¹, *Irene Cavero Morales*², *Lidia Casado de Osma*³.(Madrid)

¹ Matrona, H.U. Infanta Cristina , Parla (Madrid)

²Matrona, H.U. Puerta de Hierro (Madrid)

³ Matrona, Centro de Salud Sierra de Guadarrama (Madrid)

OBJETIVO

Conocer más sobre esta patología, que aunque su incidencia es baja, conlleva una elevada morbimortalidad materno-fetal y una actuación rápida es fundamental.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica de los últimos cinco años en bases de datos como Medline, Pubmed, Cochrane Plus, Scielo, Cinahl, Cuiden y una revisión de distintos manuales de obstetricia, con las siguientes palabras clave: embolismo, líquido amniótico, trabajo de parto, matrona. Presentación de un caso clínico.

CASO CLÍNICO

Gestante de 38 semanas, inducción por preclampsia, en trabajo de parto. Episodio de disnea con shock cardiovascular, PCR y coagulopatía. Registro con desaceleración fetal de varios minutos. Maniobras RCP, soporte respiratorio, circulatorio, para la coagulopatía y con cesárea urgente. Nace mujer APGAR 3/5/7 REA V. Fallecimiento de la paciente 80 minutos después del inicio de la clínica.

RESULTADOS

La tasa de mortalidad de esta patología se eleva hasta el 60%. El pronóstico va a depender de la prontitud de la sospecha diagnóstica y de la intensidad del cuadro, pudiendo llegar a una PCR. La triada clásica supone hipoxia, hipotensión y coagulopatía, con lo que su tratamiento es eminentemente sintomático con soporte de la oxigenación, la circulación y el tratamiento de la coagulopatía asociada, junto con la realización de una cesárea urgente y el traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos. El momento más frecuente de aparición se da durante el parto o posparto inmediato.

CONCLUSIONES

Se trata de una reacción anómala a la entrada de tejido fetal en la circulación materna, en la que están implicados mediadores pro inflamatorios y pro coagulantes, su diagnóstico es clínico y una actuación rápida puede salvar las dos vidas que están en juego. Se ha considerado una de las catástrofes obstétricas más peligrosas y de más difícil diagnóstico y tratamiento. Las líneas actuales de investigación se centran en el papel de la respuesta antigénica y los mediadores endógenos inflamatorios junto con un método de diagnóstico precoz. Existe un Registro Internacional en el Colegio de Medicina de Baylor en asociación con la Fundación para la embolia del líquido amniótico.

¿MIEDOS O REALMENTE EXISTE RIESGO EN EL PARTO EN AGUA?: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA EVIDENCIA.

AUTORAS: Alba Pallisé Cardellach¹, Elena Queral Martínez², Miriam Leiva Caballero², Ruth Ferre Canela³, Laura Pino Salaet⁴

¹Matrona, Assir Tarragona

²Matrona Assir Reus (Tarragona)

³Matrona Hospital Vendrell(Tarragona)

⁴Matrona Hospital Verde de la Cinta , Tortosa (Tarragona)

INTRODUCCIÓN

Las mujeres han estado dando a luz en el agua en muchos centros en todo el mundo; sin embargo, el parto en el agua sigue estando en debate entre los profesionales. Para los defensores de este enfoque, la inmersión en agua durante el trabajo de parto y el nacimiento puede aumentar la relajación materna, reducir los requerimientos de analgesia y promover un modelo de atención obstétrica más centrado en las necesidades de las madres, particularmente el empoderamiento de las mujeres para desarrollar todo su potencial. Por otro lado, los principales críticos citan el riesgo de inhalación de agua para el recién nacido así como también un riesgo de infección para la madre y el recién nacido.

OBJETIVO

El objetivo de esta revisión fue sintetizar sistemáticamente la evidencia sobre el efecto del nacimiento en el agua, en comparación con el parto en tierra, sobre la mortalidad y la morbilidad de los recién nacidos de mujeres de bajo riesgo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica internacional de los artículos publicados en las bases de datos PubMed, Cinahl, Biblioteca Cochrane, además de realizar una búsqueda en los documentos del Sistema Nacional de Salud, aplicando un límite temporal de 10 años (2008-2018). Esta revisión seleccionó estudios que incluyeron mujeres embarazadas de bajo riesgo, que dilatan y dan a luz espontáneamente, a término (37-42 semanas), con un solo bebé en presentación cefálica.

RESULTADOS

Del total de 185 referencias encontradas, se han seleccionado 32 documentos de interés: 2 revisiones sistemáticas de la Biblioteca Cochrane, 3 estudios meta-análisis, 3 revisiones bibliográficas, 14 estudios retrospectivos, 3 estudios cohortes, 5 casos clínicos, 2 opiniones de asociaciones científicas. Se realizaron en Europa, Australia y Asia. El reporte de datos fue heterogéneo. No se encontraron diferencias significativas en la mortalidad neonatal, la unidad de cuidados intensivos neonatales / la tasa de ingreso de la unidad de cuidado especial del bebé, los puntajes de Apgar, los gases del cordón umbilical o las tasas de infección entre los bebés que recibieron agua y en tierra.

CONCLUSIONES

Esta revisión sistemática y meta-análisis no identificó la evidencia definitiva de que el parto en el agua causa daños a los recién nacidos en comparación con el parto en tierra.

Las preocupaciones comunes revisadas contra el nacimiento en el agua no se basan en la evidencia ni son suficientes para evitar que las mujeres accedan al uso del agua durante el trabajo de parto y el parto. Las instituciones de salud y los médicos deben asegurarse de tomar las precauciones adecuadas para permitir a las mujeres el acceso a esta valiosa y eficaz manera de nacimiento.

Cabe destacar que el trabajo one to one realizado por las matronas asegura los resultados de estos estudios puesto que es la encargada de promover un parto de baja intervención.

BIBLIOGRAFÍA

- Cluett, E.R., Burns, E. Immersion in water in labour and birth. Cochrane Database Syst Rev. 2009
- Nutter, E., Meyer, S., Shaw-Batista, J., Marowitz, A. Waterbirth: an integrative analysis of peer-reviewed literature. J Midwifery Womens Health. 2014;59:286–319
- Gynecol Obstet Fertil. Advantages and disadvantages of water birth. A systematic review of the literatura. 2014 Oct;42(10):706-13.
- Aust N ZJ Obstetric and neonatal outcomes for women intending to use immersion in water for labour and birth in Western Australia (2015-2016): A retrospective audit of clinical outcomes. Obstet Gyneacol. 2018 Jan 17.
- Cooper, M., McCutcheon, H., Warland, J. A critical analysis of Australian policies and guidelines for water immersion during labour and birth. Women Birth. 2017;30:431–441

- Camargo JCS, et al The Waterbirth Project: Sao Bernardo Hospital experience. *Women Birth*. 2018 Jan 2. pii: S1871-5192(17)30292-5.
- Lim KM et al A comparative study between the pioneer cohort of waterbirths and conventional vaginal deliveries in an obstetrician-led unit in Singapore. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2016 Jun;55(3):363-7.
- Bovbjerg ML et al Maternal and Newborn Outcomes Following Waterbirth: The Midwives Alliance of North America Statistics Project, 2004 to 2009 Cohort. *J Midwifery Womens Health*. 2016 Jan-Feb;61(1):11-20.
- Henderson, J., Burns, E.E., Regalia, A.L., Casarico, G., Boulton, M.G., Smith, L.A. Labouring women who used a birthing pool in obstetric units in Italy: prospective observational study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:17
- Davies R, et al The effect of waterbirth on neonatal mortality and morbidity: a systematic review and meta-analysis. *JBI Database System Rev Implement Rep*. 2015 Oct;13(10):180-231.
- Ulfssdottir H, et al Waterbirth in Sweden - a comparative study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2018 Mar;97(3):341-348.
- Harper B. Waterbirth Basics: From Newborn Breathing to Hospital Protocols. *Midwifery Today Int Midwife*. 2016 Spring ;(117):32-5.
- ACOG American College of Obstetricians & Gynecologists. Immersion in water during labor and delivery (Committee Opinion No. 594). *Obstet Gynecol*. 2014;123:912–915
- RCOG & RCM, Royal College of Obstetricians & Gynaecologists (RCOG) and Royal College of Midwives (RCM). Joint Statement no 1: Immersion in water during labour and birth. internet. London, RCOG. Guidelines. 2006. cited 2017 june 29. Available from: https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/rcog_rcm_birth_in_water.pdf.
- Young, K., Kruse, S. How valid are the common concerns raised against waterbirth? A focused review of the literature. *Women Birth*. 2013;26:105–109
- Apgar, V. A proposal for a new method of evaluation of the newborns infant. *Curr Res Anesth Analg*. 1953;32:260–267.
- Odent, M. The birthing pool test. *Midwifery Today*. 2015;115:9–11.
- Harper, B. Birth, bath, and beyond: the science and safety of water immersion during labor and birth. *J Perinat Educ*. 2014;23:124–134
- Dahlen, H.G., Dowling, H., Tracy, M., Schmied, V., Tracy, S. Maternal and perinatal outcomes amongst low risk women giving birth in water compared to six birth positions on land. A descriptive cross sectional study in a birth centre over 12 years. *Midwifery*. 2013;29:759–764
- Bovbjerg, M.L., Cheyney, M., Everson, C. Maternal and newborn outcomes following waterbirth: the midwives alliance of North America Statistics Project, 2004 to 2009 cohort. *J Midwifery Womens Health*. 2016;61:11–20

¿ESTÁN LAS MADRES SATISFECHAS CON SU PROCESO DE PARTO?

AUTORAS: Rita María Varela Estévez, Mónica Bernal Barreto, Laura Colmenero Parras, Carolina Prieto Pérez.

E.I.R.s 2º año Hospital San Pedro (Logroño)

OBJETIVO

Determinar los factores que influyen en la satisfacción materna en el proceso de parto.

MATERIAL Y MÉTODO

se ha realizado una revisión bibliográfica de los artículos publicados en las bases de datos PubMed, Biblioteca Cochrane Plus, Dialnet, Cuiden y Tripdatabase. También se ha realizado una búsqueda manual en las revistas Matronas Hoy y Matronas Profesión. Se incluyeron artículos publicados en los últimos 5 años, en inglés y español, que midieran la satisfacción mediante escalas validadas y con texto completo.

RESULTADOS

Un estudio que habla sobre la satisfacción materna en el parto, es el realizado por Arbués llevado a cabo en el Hospital Miguel Servet de Zaragoza utilizando la escala de Mackey. La valoración de la labor asistencial de las matronas fue más favorable que la labor asistencial de los obstetras. Las gestantes multíparas tienen mayor satisfacción global con la experiencia que las nulíparas. Las mujeres que se pusieron la epidural tuvieron mayor satisfacción que las que no la utilizaron bien por opción personal o por imposibilidad. En cuanto a la finalización del parto, las mujeres que tuvieron un parto eutócico experimentaron una mayor satisfacción que las que finalizaron con un parto instrumental o cesárea.

López-Mirones et al describió el grado de satisfacción de las mujeres durante el proceso de parto y nacimiento en el área de partos del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Cantabria utilizando la escala de Mackey. Los dos ítems mejor valorados fueron la competencia profesional de la matrona con un 96.8% y la ayuda/apoyo de la pareja o acompañante durante el expulsivo con un 96%. Los dos ítems peor valorados fueron la ayuda/apoyo en el uso de distintos métodos de alivio del dolor por la matrona con un 58.3% y el tiempo empleado durante la dilatación por el ginecólogo con un 56.8%. Las mujeres que tenían entre 26-35 años valoraron con un 88.6% una mejor capacidad para afrontar las emociones durante el expulsivo. En cuanto al tipo de parto, las mujeres con partos eutócicos valoran su grado de participación en la toma de decisiones durante el expulsivo más positivamente que las mujeres con partos instrumentales.

Pozo Cano realizó un estudio en el que evaluó las medidas de satisfacción materna con la atención al proceso de parto. El ámbito de estudio fueron el Hospital Universitario Virgen de las Nieves y el Hospital Universitario San Cecilio, ambos en Granada, utilizando los cuestionarios *Women's Views of Birth Labour Satisfaction Questionnaire (WOMBLSQ)* y *The Childbirth Experience Questionnaire (CEQ)*.

El hecho de conocer a los profesionales que las atienden, les aporta a las mujeres seguridad y tranquilidad. Además, cuando es la misma matrona la que acompaña a las gestantes durante todo el proceso, refieren tener una experiencia muy positiva del parto. Las gestantes valoran mucho el entorno y la intimidad, así como que haya pocas personas tanto en la habitación como en el paritorio. La sensación de control personal ha demostrado ser el más fuerte predictor con la satisfacción en el parto. Las mujeres están más satisfechas cuando su parto finaliza de forma espontánea, sin necesidad de instrumental o cesárea. Las mujeres refieren mayor satisfacción cuando pueden ver a su hijo inmediatamente después del parto, además del alojamiento conjunto.

CONCLUSIONES

Las mujeres presentan una mayor satisfacción en el parto cuando reciben información sencilla durante todo el proceso, experimentan sensación de control durante el parto, son multíparas y están acompañadas continuamente por alguien que ellas hayan elegido previamente.

Las matronas son los profesionales mejor valorados en cuanto al acompañamiento en el parto. Por eso, las matronas debemos dar información durante todo el proceso, proporcionar apoyo continuado y promover la participación

BIBLIOGRAFÍA

- López-Mirones M, Alonso-Salcines A, Terán-Muñoz O, García-González C, Laurrieta-Saiz I, González-Maestro M. Satisfacción materna en el área de partos según la Escala Mackey. *Nuber Cientif.* 2017;3(21): 36-43

- Ramón Arbués E, Juárez Vela R, Martínez Abadía B, Martín Gómez S. Satisfacción materna con la experiencia del parto. *Metas Enferm* feb 2015; 18(1): 62-65.
- Torres Martínez JA. ¿Cuál es la actitud de las mujeres gestantes ante el parto? *Matronas hoy*. 2017;5(2): 5-15
- Protocolo para la asistencia al parto normal. Generalitat de Catalunya. Departament de salut. Barcelona, marzo de 2007.
- De Molina Fernández, MI. Expectativas y satisfacción de las mujeres ante el parto. Diseño y eficacia de una intervención educativa como elemento de mejora. Universitat Rovira y Virgili. Tarragona. 2014.
- Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016- 2030). OMS, 2015. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/womendeliver-globalstrategy/ es/
- Pozo Cano MD. Tesis doctoral: satisfacción percibida por las usuarias con la implementación del proceso integrado del embarazo, parto y puerperio. Granada. 2015

VUELTA AL TRABAJO: PLAN DE LACTANCIA Y DESTETE PROGRESIVO

49

POSTER

AUTORAS: Andrea Gutiérrez Pulido¹, Marta Arriola González-Pinto², María del Carmen García Jurado¹, Irene Montes Hoyos³, Virginia Cortés Rodríguez³, Inmaculada Maldonado Herrero⁴.

¹Matrona en paro

²Hospitalde Basurto (Vizcaya)

³Matronas Hospital LaPaz (Madrid)

⁴Matrona Hospital Nuevo Belén (Madrid)

OBJETIVO

Definir la actuación de la matrona durante la incorporación de la mujer a la vida laboral en relación a la lactancia materna.

MATERIAL Y MÉTODO

Se llevó a cabo una revisión de distintas guías oficiales sobre lactancia materna, dirigidas tanto a padres como a personal sanitario. Además, se utilizaron diversos artículos publicados a través de la Asociación Española de Pediatría.

RESULTADOS

La incorporación al trabajo es un proceso que todas las madres viven en un momento u otro de su lactancia y en muchas ocasiones puede suponer un fracaso en la lactancia materna ya que genera en las madres muchos sentimientos de angustia y culpabilidad llevando a la decisión de destetar de forma temprana. Según la encuesta nacional de sanidad de 2006, sólo el 24,7% mantienen la lactancia materna exclusiva a los 3 meses, y según aumenta la edad del bebé el porcentaje continúa descendiendo.

La matrona es la profesional encargada del cuidado madre-hijo y por ello será la persona de referencia para guiar a la madre en su decisión. Cuando la madre vuelve al trabajo debe realizarse una entrevista previa en la que se investiguen los siguientes aspectos:

- Expectativas en relación con la lactancia y la incorporación al trabajo.
- Posibles dificultades ¿dónde trabaja?, ¿cuál es su horario de trabajo?, ¿está lejos de su casa?.
- Soluciones a las posibles dificultades: extracción de leche, horarios, permisos, guardería.
- Presencia o no de apoyo familiar.
- Derechos laborales en relación a la lactancia

En función de la situación personal madre-hijo y de la decisión materna de continuar o no con la lactancia existen distintas opciones:

Si la madre desea continuar amamantando tras la incorporación a la vida laboral, en primer lugar se deberá tener en cuenta si tienen o no la posibilidad de que les lleven a su hijo o hija al trabajo para darle el pecho o bien acudir donde se encuentre a la hora de lactancia. O si no es así, si hay opción de que la leche se puede extraer en el lugar de trabajo o antes en casa. Si ninguna de estas opciones es posible, una de las alternativas es sustituir la leche natural por leche de fórmula o bien adelantar la introducción de las comidas complementarias y hacerlas coincidir con las horas en las que la madre está trabajando. El resto del tiempo se puede continuar perfectamente con la lactancia natural. La AEPED (Asociación Española de Pediatría) aconseja la introducción de la alimentación complementaria entorno a los 5-6 meses de la siguiente forma, pudiendo adelantarse siempre consultado con su pediatra.

Si por el lado contrario, la mamá decide dejar de dar el pecho cuando se incorpora al trabajo, se recomendará que el destete se haga de forma gradual eliminando una toma cada 3 o 4 días, hasta que se retira de forma completa. Puede ayudar vendar el pecho y explicar al niño de una forma sencilla que el pecho ya no sirve para comer.

Se recomienda acostumbrar a los niños a la "nueva modalidad" de amamantar 1 o 2 semanas antes de la incorporación al trabajo.

CONCLUSIONES

La madre es quien tiene que decidir cómo quiere alimentar a su bebé, pero los profesionales somos los que debemos asumir la responsabilidad de que esa decisión se tome con una información adecuada sobre la lactancia materna y sus ventajas, y prestar el apoyo necesario para que la lactancia sea una experiencia exitosa. Es importante proporcionar información suficiente para permitir que la mujer que trabaja fuera del hogar pueda mantener la lactancia de forma prolongada.

BIBLIOGRAFÍA

- Guía de lactancia materna para profesionales de la salud. Gobierno de la Rioja. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/8-guia_prof_la_rioja.pdf
- Patricia Álvarez Holgado, Gustavo A. Silva Muñoz, M^a Luisa Alcón Rodríguez. Lactancia artificial, destete y alimentación complementaria. Manual para matronas y personal sanitario. 2012
- Consejos para la Lactancia Materna. Ed: Consejería de Sanidad. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha
- Guía de lactancia materna: Información para amamantar. Gobierno de La Rioja. Ed. 2010
- Guía de Práctica Clínica Basada en la Evidencia para el Manejo de la Lactancia Materna desde el Embarazo hasta el Segundo año de Vida. Pediatría Atención Primaria Área 09- Hospital Dr. Peset Valencia. Disponible en: http://www.aeped.es/pdf-docs/lm_gpc_peset_2004.pdf
- Lactancia materna: guía para madres. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Gobierno del Principado de Asturias
- Aurora Lázaro Almarza, Benjamín Martín Martínez. Alimentación en el lactante sano. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/alimentacion_lactante.pdf
- Guía para la introducción de alimentación complementaria. Hospital universitario Niño Jesús. Disponible en: <http://ww2.castello.san.gva.es/csvallalba/images/libros/pediatria/introduccionalimentacioncomplementariahospitalniojesusmadrid.pdf>

¿CÓMO DISMINUIR LA TASA DE CESAREAS EN UN HOSPITAL COMARCAL?



AUTORAS: María Ruíz Caballero, María Jesús Barcenilla Domingo, Laura Barragán García.

Matronas Hospital Comarcal (Laredo, Cantabria)

INTRODUCCION

El estudio «*Term Breech Trial*» del año 2000, concluyó que la cesárea electiva era mejor que el parto vaginal programado en los casos de presentación podálica, Estos resultados provocaron un aumento en la tasas de cesáreas electivas en este tipo de presentación, incluso en muchos centros,el abandono de las VCE. Ante la escalada de cesáreas urge tomar medidas racionales para disminuirlas .

OBJETIVO

Comparar la tasa de cesáreas programadas por presentación podálica tras la implantación del protocolo de versión cefálica externa (VCE) en el Hospital de Laredo.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo comparativo de las cesáreas programadas realizadas en el Hospital de Laredo durante los años 2016 y 2017. Se han incluido las variables: cesárea programada y presentación podálica. En el año 2017 se ha comenzado a realizar en el Hospital de XXXXX el protocolo de VCE en presentaciones podálicas con una tasa de éxito del 50%.

RESULTADOS

En el año 2016 la tasa de cesáreas programadas es de un 28.8%, de las cuales, un 34,6% son por presentación podálica. Tras la puesta en marcha del protocolo de VCE en el año 2017, hemos conseguido disminuir las cesáreas por presentación podálica en casi un 50% pasando a tener un 19,1% de un 25,8% total de las cesáreas programadas.

CONCLUSIONES

La tasa de cesáreas totales ha ido disminuyendo en los últimos años en el Hospital de Laredo desde un 29,1% en el año 2014 a un 19,1% en el año 2017. Uno de los motivos principales es la posibilidad de realizar una VCE en el mismo hospital.

La posibilidad de realizar una VCE en un Hospital Comarcal disminuye la realización de cesáreas por presentaciones podálicas en un 50%.

La VCE es una práctica de la obstetricia antigua que se remonta a tiempos de Hipócrates con muy buenos resultados cuando hay pericia para efectuarla. Conocido el error del estudio «*Term Breech Trial*» se retoma esta práctica que, en nuestro caso, creemos ha contribuido favorablemente al descenso de las tasas de cesáreas a la vista de el porcentaje de éxitos de la VCE obtenidos , la disminución de las tasa globales de cesáreas programadas por este motivo .

Ppor otra parte es de destacar la mejor aceptación de las mujeres a someterse a esta técnica en su hospital en lugar de ser remitidas al hospital de referencia, circunstancia ante la que se mostraban más reacias.

¿AFECTA AL ÉXITO DE LA LACTANCIA MATERNA LA UTILIZACIÓN ANALGESIA EPIDURAL DURANTE EL PARTO?

AUTORA: Sofía Álvarez Valverde.

Matrona Hospital Universitario Clínico (Valladolid)

OBJETIVO

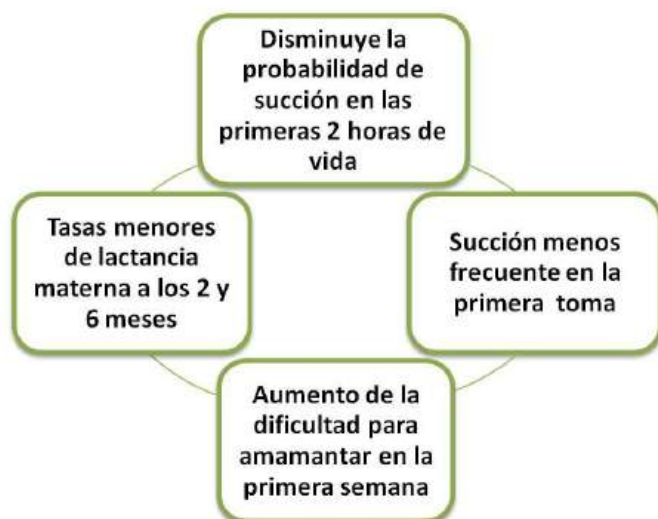
El uso de la analgesia epidural durante el trabajo de parto es generalizado, pese a que no se ha llegado a un consenso sobre sus efectos sobre la lactancia materna. El objetivo del estudio es sintetizar y valorar la evidencia científica disponible durante el período 2008-2018 respecto al efecto que tiene sobre la lactancia materna la analgesia epidural.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó búsqueda en Web of Science, PubMed, Cochrane Library, Direct y Scielo Redalyc, delimitada a diez años, incluyendo 25 artículos que cumplieron con los criterios de inclusión. Se utilizaron descriptores DeCS y mesh, a partir del uso de palabras claves: lactancia materna, breastfeeding y epidural, para la búsqueda de los estudios en español e inglés y el operador booleano AND.

RESULTADOS

Los 25 artículos los dividiremos en 4 tipos: 15 representaban estudios empíricos que evaluaban los efectos de la analgesia epidural en la lactancia materna, 4 artículos correspondían a estudios de cohorte retrospectiva, 5 de ellos eran revisiones bibliográficas y una tesis doctoral. Los resultados de los estudios experimentales fueron dispares: 9 no mostraron asociación y 5 evidenciaban resultados negativos sobre la lactancia. En cuanto a los otros tres tipos de estudios muestran también conclusiones mixtas. Como limitaciones se pueden observar la variación y falta de información sobre el tipo y la dosis de fármaco, el método para evaluar el éxito de la lactancia materna, no valorar la intención de las madres de amamantar o el apoyo social.



Efectos negativos de la epidural sobre la LM



Soluciones

CONCLUSIONES

El estudio llega a conclusiones similares a la bibliografía analizada, no llegando a responder al objetivo principal del trabajo con claridad. Se puede observar una tendencia en los últimos años a realizar una epidural PCA combinada con Bupivacaína y fentanilo con escasa o nula afectación al recién nacido y por siguiente a la lactancia materna. Por último, los efectos adversos de la epidural se revertirían de forma satisfactoria con la cohabitación madre e hijo durante los primeros días de vida.

PRÁCTICAS PROFESIONALES AL Sº DE LA SALUD- PERINATAL .TRÁMITES ADMINISTRATIVOS DEL R.N.

AUTORAS: *María Victoria Corporales Prieto, María Guillen Pérez*

1 *Matrona A.P.D. , Velilla de San Antonio (Madrid) .*
2 *Médico. Jefe de Equipo U.A.U. Velilla de San Antonio (Madrid) .*

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES/ ESPECÍFICOS

- ✓ Facilitar y optimizar con humanización/empatía, y facilitando la accesibilidad los trámites al alta del RN: Maternidad/Registro/I.N.S.S.
- ✓ Participar en la promoción de la Salud (según **Carta de Ottawa**).
- ✓ Potenciar capacidades/aumentar la autoestima.
- ✓ Cubrir aspectos afectivos de los usuarios

METODOLOGÍA

GRUPO DIANA: Mujeres gestantes censadas en Mancomunidad de Velilla de San Antonio/Loeches C.A.M. (en total 8 grupos de 15 personas) (realizado en el año 2017).

UBICACIÓN DEL PUNTO: Área Sureste: C.A.M. Velilla de San Antonio. Madrid.

TEMPORALIZACIÓN:

- ✓ 1 charla, en la última sesión de cada grupo de Educación Maternal/P.P.O.
- ✓ Exposición de 45 minutos y coloquio de 15 minutos (dudas).
- ✓ Soporte en papel: documentación a preparar para la inscripción del R.N. "al alta hospitalaria".
- ✓ Conocimiento de la población diana sobre el tema/documentación-dónde presentar/tiempo/formas.

RESULTADOS

- ✓ Excelente acogida por parte del grupo, el cual ha verbalizado al finalizar q consideran el tema adecuado, conveniente y necesario incorporarlo de manera normalizada al programa de preparación a la maternidad y postparto.
- ✓ Aceptación muy positiva, circuito de trámites simplificado al alta del RN.
- ✓ Optimización del tiempo de realización: Maternidad/INSS/ /Centro de salud/Registro.
- ✓ Humanización de la atención.
- ✓ Este programa se inició hace 5 años, Premio a la Innovación/ Reto a la COMUNICACIÓN-ACCESIBILIDAD 2015 (SERMAS) MADRID: A.P.S.

CONCLUSIONES

- ✓ Satisfactorio que las gestantes puedan planificar dicha alta del R.N.
- ✓ Preparar documentación necesaria antes del parto.
- ✓ Humanizar la atención desde la unidad administrativa, accesibilidad, innovador.
- ✓ Permite realizar E.P.S. al equipo administrativo.

DISCUSIÓN

- ✓ Cada persona es única ...
- ✓ Palabras Clave : Salud Integral (Dificultades/Soluciones)
- ✓ COORDINACIÓN/APROVECHAMIENTO: Recursos Humanos
- ✓ Sistema de Información entre Niveles. A.P. - HOSPITAL .
- ✓ Trabajar juntos...no significa trabajar en "equipo"

ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA. ¿QUÉ PODEMOS MEJORAR COMO MATRONAS?

AUTORA: Eva Bueno López

Matrona, H. Universitari Germans Trias i Pujol (Can Ruti) Barcelona

OBJETIVO

Conocer la última actualización sobre la eficacia de los distintos métodos de anticoncepción de urgencia (AU) y proponer mejoras para un uso responsable y efectivo de este recurso.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos como Medline Pubmed, CINAHL, EMBASE, ENFISPO y en portales electrónicos de sociedades científicas relacionadas con la contracepción y la sexualidad. Se delimitó la búsqueda a los últimos 5-10 años para la recuperación de artículos relacionados con la efectividad de los distintos tipos de anticoncepción de urgencia, también se han buscado datos estadísticos sobre la situación de la anticoncepción de urgencia en España y protocolos de actuación de distintas organizaciones estatales e internacionales respecto al tema. Se recuperaron un total de 11 referencias (protocolos, documentos de datos estadísticos, encuestas) útiles para la redacción de este trabajo.

RESULTADOS

Según la Sociedad Española de Contracepción (2011), hay una preocupante desinformación entre las usuarias de la anticoncepción de urgencia, tales como que su mecanismo de acción es abortivo o que ante un coito desprotegido las posibilidades de embarazo son improbables, hecho que hace que la demanda de este recurso sea inadecuada tanto por exceso como por defecto. De todos los tipos existentes de AU (píldora de Levonorgestrel, acetato de ulipristal y el dispositivo intrauterino de cobre o DIU-Cu) el que ha demostrado ser más eficaz es este último, por su acción espermicida y antiimplantatoria, además de ser eficaz hasta 5 días después de la relación sexual de riesgo y poderse convertir en un método anticonceptivo de larga duración. Por tanto el DIU-Cu se convierte en la mejor opción de AU en cuanto a coste-efectividad. Sin embargo para su inserción es necesaria la presencia de profesionales experimentados y material específico en los centros en los que se solicita. Por otra parte, existen contraindicaciones de este método tales como una sospecha de Infección de Transmisión Sexual (ITS), alergia al cobre, trastornos de la coagulación o anemia, hipermenorrea, enfermedad de Wilson o cirugía uterina previa (excepto cesárea). Su uso se aconseja en mujeres con un alto riesgo de embarazo no deseado dado el tiempo de horas transcurridas desde el coito de riesgo o en casos de contraindicación de fármacos para AU.

CONCLUSIONES

Como matronas deberíamos mejorar la estrategia de información y educación sexual que se aporta a las usuarias de AU, dejando claro por una parte que no son métodos abortivos sino antiovulatorios, espermicidas o antiimplantatorios y por otra parte que cualquier coito sin protección anticonceptiva es susceptible de convertirse en embarazo no planificado y por ello se debe acudir a los centros de referencia para solicitar consejo sobre AU. El método de AU más efectivo es el DIU-Cu, la limitación en su uso está sujeta a sus contraindicaciones pero también a la falta de profesionales experimentados en su inserción y conocimientos sobre la técnica. ¿Sería una solución adiestrar a las matronas de los centros de salud en la técnica de inserción y control de DIU-Cu para la atención a la demanda de AU de aquellas mujeres con alto riesgo de embarazo no deseado que cumplan criterios.

BIBLIOGRAFÍA

- Sociedad Española de Contracepción. Manual de Anticoncepción de Urgencia. Madrid. 2011: 1-68
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y Sociedad Española de Contracepción. Anticoncepción de Urgencia. Protocolos SEGO/SEC. 2013:1-24
- Cheng L, Gülmezoglu AM. Interventions for emergency contraception (review). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012; 8:1-23.
- European consortium for emergency contraception. Emergency contraception. A guideline for service provision in Europe. Second Edition. Londres. Mayo 2016: 1-16.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Datos Estadísticos sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo 2015. [acceso el 12 de abril de 2018] Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm#Tabla1

PROGRAMA

XIX CONGRESO NACIONAL

DE LA ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE MATRONAS

Declarado de Interés Sanitario

SANTANDER 31 MAYO - 2 DE JUNIO 2018

ACREDITADA



ASOCIACIÓN CANTABRA
DE MATRONAS

40
ANIVERSARIO
haciendo
profesión

www.aesmatronas.com



Acreditado con
1.8 Créditos



Bienvenida de la presidenta

Queridos amigos y compañeros:

Es un gran placer y satisfacción daros la bienvenida, en nombre de las matronas cántabras, al XIX Congreso de la Asociación Española de Matronas y II Congreso de la Asociación Cántabra de Matronas.

Con el lema «Cuarenta años haciendo profesión», durante los días 31 de mayo, 1 y 2 de junio tendremos la oportunidad no solo de profundizar en el conocimiento de los temas de actualidad que afectan a nuestra profesión, sino también de reflexionar sobre el reto al que nos enfrentaremos en los próximos años: el relevo generacional acelerado, las dificultades para el pleno desarrollo de nuestras competencias y la necesidad de que se desarrolle un marco normativo acorde con el nuevo paradigma profesional.

Proponemos un programa científico intenso y comprometido, de alto interés profesional, y en el que los ponentes han colaborado para que esta reunión cumpla todas vuestras expectativas.

El programa científico se completará con actividades socioculturales en un ambiente distendido donde podremos compartir emociones e inquietudes con compañeras de otras localidades de España.

Los Comités Organizador y Científico y la Junta de la Asociación Cántabra de Matronas han realizado un gran esfuerzo técnico y logístico para que el congreso sea un éxito científico, profesional y organizativo. La Secretaría Técnica queda también a vuestra disposición para facilitaros cuanto preciséis y resolver cualquier duda.

Ahora bien, para conseguir estos objetivos resulta imprescindible vuestra colaboración. Os animamos no solo a asistir, sino también a participar activamente, con la presentación de comunicaciones y posters. Esperamos contar con vuestra participación y apoyo. Nuestra tierra y nuestras gentes os acogerán con afecto y amabilidad.

Recibid un cordial y afectuoso saludo.

M^a Teresa Gil Urquiza
Presidenta del Comité Organizador

XIX CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS
DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA

II CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS
DE LA ASOCIACIÓN CÁNTABRA DE MATRONAS

Santander 31 de mayo a 2 de junio 2018

COMITÉ ORGANIZADOR

PRESIDENTA

M.^a Teresa Gil Urquiza

SECRETARIA

Rosario Sánchez Garzón

VOCALES

María Teresa Álvarez Launaga

Lourdes Fuentes San Bartolomé

Eva Díez Paz

Ana Casteleiro Vallina

Carmen Arce Velo

Andrea Herrero Reyes

COMITÉ CIENTÍFICO

PRESIDENTA

Rosa M.^a Plata Quintanilla

VOCALES

Pilar Medina Adán

María Teresa Gil Urquiza

M.^a Isabel Castelló López

Carmen Molinero Fraguas

Lucía Moya Ruiz

DIRECCIÓN

M.^a Ángeles Rodríguez Rozalén

Día 31 de mayo de 2018

09:00-16:00h: **Acreditación de congresistas.**
Sede y Secretaría Técnica del Congreso: Palacio de Exposiciones y Congresos de Santander.

16:00h: **Acto inaugural.**
Excma. Sra. Dña. Gema Igual Ortiz. *Alcaldesa de Santander.*
Excmo. Sr. D. Miguel Ángel Revilla Roiz. *Presidente de la CA Cantabria.*
Excma. Sra. Dña. M^a. Luisa del Real González. *Consejera de Sanidad.*
Dña. Rocío Cardeñoso Herrero. *Presidenta del Colegio Enfermería de Santander.*
Dña. Rosa M^a Plata Quintanilla. *Presidenta de la Asociación Española de Matronas.*
Dña. M^a Teresa Gil Urquiza. *Presidenta de la Asociación Cántabra de Matronas.*

16:45h: **Conferencia de apertura. "40 años haciendo profesión".**
Ponente: Dña. M^a Ángeles Rodríguez Rozalén.
Matrona. Presidenta Emérita y Fundadora de la Asociación Española de Matronas.
Máster en Dirección de Hospitales y Marketing.

18:00-20:00h: **Fortalezas y debilidades de las UDD**
Moderadora: Dña. Maite Gil Urquiza

Inquietudes del EIR.
Dña. Laura Chico Rodríguez.
EIR U.D. de Enfermería obstétrico-ginecológica (Matrona) Cantabria.

Inquietudes del profesorado.
Dña. M^a Isabel Castelló López.
Matrona. Sexóloga. Licenciada en Psicología. Tutora de Residentes de la U.D de Valencia.
Vicepresidenta de la AEM.

Inquietudes de un responsable de UD.
Dña. Laura Fitera Lamas.
Matrona. Licenciada en Antropología Social y Cultural Directora de la Unidad Docente de Matronas de la Comunidad Valenciana.

Inquietudes de una experta.
Dña. Carmen Molinero Fraguas.
Matrona. Licenciada en Antropología Social y cultural. Doctora en Ciencias de la Salud U. Complutense de Madrid. Presidenta de la Comisión Nacional de la Especialidad de Matronas.

20:30h: Cocktail de Bienvenida. *Palacio de la Magdalena.*

SESIÓN DE COMUNICACIONES

Moderan: Dña. Ana Martínez Molina y Dña. Isabel Castelló López

- 08:00h: **Manejo del duelo perinatal. Recomendaciones a los profesionales.**
Laura Colmenero Parras, Carolina Prieto Pérez, Rita María Varela Estévez, Mónica Bernal Barreto. Logroño.
- 08:10h: **El síndrome de burn out entre las matronas del Hospital Campus Vall D'Hebron.**
Pablo Rodríguez Coll, Isabel Salgado Poveda, Florencio Durán Muñoz, M.ª Victoria García Huertas. Barcelona.
- 08:20h: **Experiencias vividas por mujeres gestantes producto de fecundación "in vitro".**
Angélica Mª Quevedo Ríos, Lucy Muñoz de Rodríguez. Colombia.
- 08:30h: **Análisis de la participación española en el Congreso de Matronas de 1954.**
Modesta Salazar Agulló, Monserrat Angulo Perea. Alicante.
- 08:40h: **El contacto piel con piel durante la cesárea ¿aumenta el riesgo de infección de la herida quirúrgica?**
Mª Jesús Barcenilla Domingo, Laura Barragán García, María Ruiz Caballero. Laredo, Cantabria.
- 08:50h: **Análisis de la satisfacción en el parto y puerperio en el Hospital Can Misses de Ibiza.**
Loreto Carbonell Mayol, Rebeca Hernández Fry. Ibiza.
- 09:00h: **Patología de las mamas en la pintura y escultura del Renacimiento.**
Rosa María Rozas García. Barcelona.
- 09:10h: **Relación entre el ingreso en fase latente de parto y la morbilidad materno-fetal.**
Laura Abad López, Estefanía Camarero Briones, Nerea Garijo Pérez. Centro de Salud Sotillo de la Adrada. Ávila.
- 09:20h: **Prevalencia del Síndrome disfórico pre-menstrual.**
Laura Folgado Catalá, Juan Diego Pérez Moreno, Noelia Carmen Planells Domingo, Patricia Guillén Guzmán. Valencia.

Ruegos y preguntas.

MESA ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Moderan: Dña. Mª Teresa Álvarez Launaga y Dña. Isabel Castelló López

- 09:40h: **Respuesta inmune y patología gravídica: nuevas aproximaciones diagnósticas y terapéuticas.**
Ponente: Dr. Marcos López Hoyos. Jefe del Servicio de Inmunología Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla" (Cantabria). Responsable del Grupo de Investigación "Trasplante y Autoinmunidad". Profesor asociado de Medicina Universidad de Cantabria.
- 10:10h: **Actualización de conocimientos en la detección y manejo de malposiciones fetales.**
Ponente: Dña. Amaya Martín Fernández. Matrona. Máster en Investigación y cuidados de salud. HU Marqués de Valdecilla. Cantabria.
- 10:40h: **Sedación consciente en obstetricia.**
Ponente: Dña. Alba Díaz Ibarbia. Matrona. Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla". Cantabria.

11:10h: **Indicaciones frecuentes y controvertidas para decidir la resolución del embarazo. Una decisión comprometida.**

Ponente: Dra. Carmen Vázquez Oláiz. Médica adjunta. Facultativa especialista de área. Ginecología y Obstetricia, Hospital de Laredo. Cantabria.

Ruegos y preguntas.

11:40h: PAUSA CAFÉ

Moderan: Dña. Rosario Sánchez Garzón y Dña. Pilar Medina Adán

12:00h: **RCIU: Unificando criterios para el diagnóstico y manejo. Utilidad del Doppler, diagnóstico, predicción de riesgo.**

Ponente: Dra. Margarita Lavín Maza. Médico adjunto. Facultativo especialista de Área. Ginecología y Obstetricia del Hospital de Laredo. Cantabria.

12:30h: **Obesidad y embarazo: fatal combinación para el binomio materno-fetal.**

Ponente: Dr. Luis Enrique de la Puente - Campano Fernández, Jefe de Sección Obstetricia y Ginecología de Atención Especializada Hospital de Laredo. Cantabria.

13:00h: **Influjo de la Vitamina D en el desarrollo y resultados de la gestación.**

Ponente: Dra. María Piedra León, Adjunto/Facultativa Especialista de Área, Servicio Endocrinología, Diabetes y Nutrición. HU "Marqués de Valdecilla". Cantabria.

13:30h: **Síndrome antifosfolípídico y embarazo.**

Ponente: Dra. Leyre Riancho Zarrabeitia. Adjunto/Facultativo Especialista de Área, Servicio de Reumatología, Hospital Sierrallana. Cantabria.

Ruegos y preguntas.

14:15h: PAUSA ALMUERZO

COMUNICACIONES

Moderan: Dña. Rosa Mª Plata Quintanilla y Dña. Carmen Arce Velo

16:00h: **Nacimiento en casa: la experiencia de un nuevo equipo.**

Elena Queral Martínez, Alba Pallisé Cardellach, Miriam Leiva Caballero, Ruth Ferré Canela, Laura Pino Salaet, Tarragona.

16:10h: **Cuando esperas la vida y llega la muerte: Protocolo de duelo perinatal.**

Patricia Román Pérez, Carolina Sánchez Ruano, Valencia.

16:20h: **Plan de parto: efecto sobre la satisfacción de las madres.**

Irene González Pérez, Andrea García de la Rosa, Tenerife.

Ruegos y preguntas.

MESA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Moderan: Dña. Isabel Manzano Alonso y Dña. M.ª José Ramón del Carmen

- 16:40h: **Controversias en el diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria.**
Protocolo diagnóstico en incontinencia urinaria. Tendencias actuales de manejo.
Ponente: Dr. Gerardo Ballesteros Olmos. Facultativo Especialista de Área Unidad de Suelo Pélvico. HU "Marqués de Valdecilla". Profesor asociado de la Facultad de Medicina de Santander. Presidente AGYOCAN (Asociación de Ginecología y Obstetricia de Cantabria).
- 17:10h: **Problemas relacionados con la menopausia, cómo aliviar/tratar de forma efectiva según la evidencia actual.**
Ponente: Dña. Pilar Medina Adán. Matrona. Hospital de Getafe, Madrid.
- 17:40h: **Ecografía en consulta de matrona.**
Ponente: D. Luis Miguel Roco Méndez. Matrón de Atención Primaria. Profesor de la UD de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) de Extremadura.
- 18:10h: **Prevención y tratamiento rehabilitador de la disfunción del suelo pélvico de origen obstétrico.**
Ponente: Dra. Laura Moro Pascual, Adjunta/Facultativo Especialista de Área, Servicio de Rehabilitación Unidad de Fisioterapia de Suelo Pélvico. HU "Marqués de Valdecilla", Cantabria.

Ruegos y preguntas.

18:40h: PAUSA CAFÉ

Moderan: Dña. Mª Teresa Gil Urquiza y Dña. Lourdes Fuentes San Bartolomé

- 19:00h: **Patología de la vulva, identificación de problemas, tratamiento dentro de las competencias de la matrona y signos de derivación.**
Ponente: Dra. Yolanda Jubete Castañeda. Jefa de Servicio de Obstetricia y Ginecología, HU "Marqués de Valdecilla", Profesora asociada Univ. de Cantabria.
- 19:30h: **ETS dentro de las competencias de las matronas identificación de problemas y signos de derivación. Nuevos escenarios de riesgo de infecciones de transmisión sexual.**
Ponente: Dra. Mercedes Boix Rovira. Facultativa Especialista de Área HU "Marqués de Valdecilla", Centro de Salud Sexual y Reproductiva La Cagiga. Cantabria.

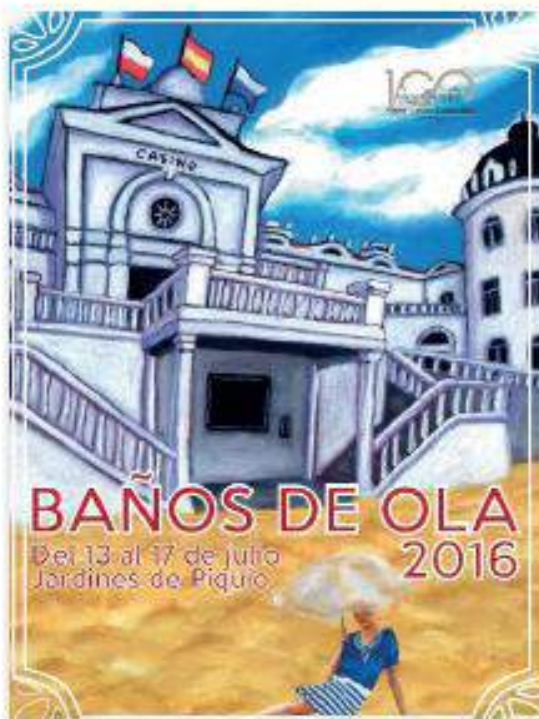
Ruegos y preguntas.

21:30h: CENA DEL CONGRESO



Lugar: Gran Casino de Santander
Plaza de Italia, s/n
Autobús: Líneas 1, 2, 4 y 7





El Gran Casino del Sardinero, que en 2016 ha cumplido 100 años, es uno de los edificios más emblemáticos de Santander, junto con el Real Palacio de la Magdalena (1911), el Hotel Real (1917) y otros más. Fue construido sobre el terreno en el que años atrás se edificó el anterior casino de Santander por el que habían pasado grandes de la época, como Amadeo de Saboya, la Reina Victoria Eugenia o Alfonso XIII. Era punto de encuentro de la aristocracia, tanto nacional como internacional, y durante su época, este casino se convirtió en uno de los más importantes puntos neurálgicos de la ciudad, contribuyendo así al turismo y a la economía de esta.

Precisamente la importancia que adquirió fue motivo para construir el tercer casino, el actual, que estuviese a la altura de la Familia Real de la época, a quienes les gustaba frecuentar este

espacio en sus estancias veraniegas alrededor de los famosos Baños de Ola del Sardinero (considerados como medicinales) donde la burguesía compartía agua y arena con la Realeza española, la aristocracia y la nobleza de media Europa. El 17 de julio de 1847 aparecía en la Gaceta de Madrid un anuncio comentando las excelencias de los Baños de Ola, esta propaganda tuvo tal repercusión que las playas del Sardinero de Santander se llenaron de bañistas que provenían de todos los sitios del país, incluso extranjeros, reclamando Santander como ciudad de veraneo. Actualmente la Alcaldía de la ciudad, cada mes de Julio, coincidiendo con las fiestas patronales, revive esta época con atractivas programaciones en diferentes escenarios de la ciudad.

Los Reyes Alfonso XIII y Victoria Eugenia, y el resto de la Corte, veranearon y atendieron los asuntos de Estado, ya que la estancia estival duraba 3 meses en Santander, durante 17 años de manera continua hasta 1930, en su residencia del Palacio de la Magdalena, regalo de la ciudad en 1913.

Después de la playa, ocio en este Casino émulo del Gran Casino de Montecarlo, coqueto y elegante, con un interior de estilo neoclásico con apuntes modernistas que, como antaño, sin duda merece la pena visitar, disfrutar de su cocina, de sus increíbles vistas desde sus terrazas exteriores y para quien desee probar fortuna, lo haga en su Salón de juegos, de entrada libre.

09:00h: MISCELANEA

Moderan: Dña. Marta Iglesias Pérez y Dña. Carmen Molinero Fraguas

09:00h: **La terapia craneo sacral biodinamica.**

Ponente: Dña. M^a Ángeles Paredes Alcalá. Osteópata en el Heilpraktiker Institut. Terapeuta Craneosacral en Upledger Institute España, Cataluña.

09:30h: **Reeducación tensional postural para la correcta y completa succión en la lactancia.**

Ponente: D. Raúl Guzmán Mora. Director del Servicio de Osteopatía y Terapias Manuales de Clínica VASS. Profesor titular y formador en Osteopatía, Quiromasaje, Osteopatía Craneal, Osteopatía Infantil y Gestacional. Presidente de la Asociación Española de Osteopatía Infantil, Madrid.

10:00h: **Estrategias para el desarrollo de las competencias de las matronas desde el punto de vista de la gestión directiva.**

Ponente: Dña. Zulema Cancedo González. Máster en Gestión de los Servicios de Salud. Experta Universitaria en Enfermería Comunitaria. Ex-Directora de Enfermería HU^a Marqués de Valdecilla^a, Cantabria.

10:30h: **La relevancia de la prueba pericial psicológica en las víctimas.**

Ponente: Dña. M.^a Luz Sánchez Escalada. Doctora en Psicología. Diplomada en Investigación de Estudios Avanzados (DEA). Máster en Psicología Aplicada. UC. Experta en Mediación familiar. UC. Fundadora y presidenta de la Asociación Profesional en Conflictología y Victimología APICV, Cantabria.

Ruegos y preguntas.

11:10h: PAUSA CAFÉ

11:30h: **Cómo evitar las demandas y qué hacer si sucede.**

Ponente: D. Alberto Ortega Pérez. Licenciado en Derecho. Universidad Complutense de Madrid. Máster en Derecho Sanitario, Universidad San Pablo CEU. Mediador Sanitario. Director de OP Abogados, Madrid.

12:00h: **Presentación del programa de AMREF**

Dña. Rosa M^a Plata Quintanilla. Presidenta de la A.E.M.

12:30h: **Prescripción, situación actual. Riesgos en la práctica diaria.**

*Ponentes: Dña. M.^a Teresa Gil Urquiza. Matrona C. Salud "El Sardinero", Santander. Doctora en Ciencias de la Salud. Universidad de Cantabria.
Dña. Gema Mazo Pérez. Abogada, Cantabria.*

Ruegos y preguntas.

13:15h: Lectura de conclusiones del Congreso.

13:20h: Entrega de Premios.

13:30h: Clausura del Congreso.

POSTERES ADMITIDOS

- Hábitos alimenticios y actividad física durante el embarazo.**
Raquel Sánchez Blanco, Rosario Sánchez Garzón, Marcos Talavera Escribano, Madrid.
- Objetivo: Evitar la obesidad gestacional. Explorando los hábitos dietéticos en gestantes de dos CC.AA. diferentes.**
Alba Díez Ibarbía, Estefanía Moreno Román, Natalia Herrero Fernández, Santander.
- Maternidad subrogada: análisis de la situación ético-legal.**
María Ángeles Campos Herrero, María Conde Álvarez, Eva Hortigüela Cámara, Ana López Cadenas, Lucía Val Peón, La Coruña.
- Atención a la problemática sanitaria y social mediante el análisis del cine.**
María Lourdes Isal Forto, David Sabate Lissner, Alba Murillo Monterroso, Silvia Martínez García, Nuria Vallmajo Gómez, Manuel Murillo Molina, Tarragona.
- El papel de la matrona en la toma de decisiones de las gestantes. Revisión bibliográfica.**
Irene González Pérez, Tenerife.
- Embarazo ectópico cornual. Caso Clínico de Ecografía de matrona.**
Rosa Ana Martín de Vega, Gloria Boal Herránz, Matilde Fernández y Fernández-Arroyo, Madrid.
- Estudio de la cobertura de la vacuna de la gripe en nuestra población de embarazadas.**
M^a Carmen Jaso Santafe, Juan Acosta Díez, Angels Viñals Gutiérrez, Carmen Oller Vives, Montserrat Bach Martínez, Barcelona.
- Acompañamiento en el parto por cesarea: mejorando el nacimiento.**
Carolina Sánchez Ruano, Sandra Atienza Ramírez, María Cervera Perales, Valencia.
- Revisión bibliográfica de la depresión posparto materna.**
Esther Martín Jiménez, Isabel Durand Rincón, Madrid.
- Estudio descriptivo de las gestantes ingresadas por rotura prematura de membranas en el HU "Marqués de Valdecilla" en 2016/2017.**
Leticia Martín Marcos, Virginia Rodríguez Matias, Cristina Hernández Marcos, Laura M^a Chico Rodríguez, Dorynn Abascal Follet, Santander.
- Venopunción versus punción de talón en el cribado de metabolopatías congénitas.**
Carolina Prieto Pérez, Rita María Varela Estévez, Logroño.
- Análisis de las Interrupciones Voluntaria de Embarazo en 2016 según las distintas nacionalidades en España.**
Patricia Chávez Barroso, Beatriz Gutiérrez Gainzarain, Aida Gómez García, Raquel Carbajal Conde, Carmen de la Fuente Cardillo, Santander.
- Hiperemesis gravídica como factor de riesgo de desprendimiento de placenta normalmente inserta: a propósito de un caso.**
Cristina González Hernández, Irene Cervero Morales, Madrid.
- Plan de cuidados estandarizado para el asesoramiento nutricional en la gestación.**
Lidia Lestagás Rodríguez, Pontevedra.
- Episiotomía y desgarro en partos eutócicos en el HU Lucas Augusti de Lugo en 2017.**
Cristian Martín Vázquez, Noelia Coás Gómez, Laura Rosón Masilla, Lugo.
- Extracción prenatal de calostro ¿es segura?**
Estefanía Camarero Briones, Nerea Garño Pérez, Laura Abad López, Burgos.

POSTERES ADMITIDOS

17. **Reanimación cardiopulmonar en el embarazo.**
Lidia Casado de Osma, Laura Isabel de los Santos Domínguez, Irene Cavero Morales, Madrid.
18. **La importancia de la matrona en atención primaria en consulta de fertilidad.**
María Fontán Azpeitia, Andrea Herrero Reyes, Madrid.
19. **Lactancia materna y desarrollo cognitivo.**
Alberto Lebón López, Carmen Lara Benitez, Beatriz Sanz Jáuregui, Vigo.
20. **Última evidencia sobre el cribado gestacional de disfunción tiroidea, hipotiroidismo y yodoprevención.**
Alicia Tejero Jiménez, Hiraya Maqueda Cayetano, Concepción Bermejo Bote, Sevilla.
21. **Unidad de Estudios de contactos (UEC) para infecciones de transmisión sexual (ITS) en el Assir ICS Camp de Tarragona.**
Manuel Murillo Molina, Silvia Martínez García, Alba Murillo Monterroso, Marta Allueva Aznar, Marta Lopez Aliseda, Lourdes Isal Forto, Tarragona.
22. **Estudio descriptivo de desgarras perineales de III y IV en el HU "Marqués de Valdecilla" en 2016.** *Laura M^a Chico Rodríguez, Leticia Martín Marcos, Cristina Hernández Marcos, Dorynn Abascal Follet, Virginia Rodríguez Matías, Santander.*
23. **Impacto de la dispareunia en la sexualidad postparto, ¿qué podemos hacer como matronas?** *Marta Arriola González-Pinto, Andrea Gutiérrez Pulido, María del Carmen García Jurado, Irene Montes Hoyos, Virginia Cortés Rodríguez, Inmaculada Maldonado Herrero, Basurto.*
24. **Dolor durante la lactancia materna: Síndrome de Raynaud.**
Irene Montes Hoyos, Marta Arriola González-Pinto, Virginia Cortés Rodríguez, M^a del Carmen García Jurado, Andrea Gutiérrez Pulido, Inmaculada Maldonado Herrero, Madrid.
25. **Vitamina D en el embarazo ¿es necesario un suplemento universal?**
Nerea Garijo Pérez, Laura Abad López, Estefanía Camarero Briones, Soria.
26. **Mastitis puerperales y manejo habitual de cada tipo.**
Rita María Varela Estévez, Carolina Prieto Pérez, Logroño.
27. **Papel de la matrona de atención hospitalaria en la muerte perinatal.**
Beatriz Gutiérrez-Gainzarain, Aida Gómez-García, Raquel Carbajal-Conde, Carmen De la Fuente Cardillo, Patricia Chávez-Barroso, Santander.
28. **Cáncer de cérvix. Revisión bibliográfica de la situación actual.**
Claudia Martínez Abad, Rocio Pedrosa Hurtado, Valladolid.
29. **Prevención de la infertilidad en endometriosis: tratamiento precoz con anticonceptivos hormonales (AH).** *Carmen de la Fuente Cardillo, Patricia Chávez Barroso, Beatriz Gutiérrez Gainzarain, Aida Gómez García, Raquel Carbajal Conde, Santander.*
30. **Uso actual del tratamiento hormonal sustitutivo en el alivio de los síntomas del climaterio-menopausia.** *Mónica Bernal Barreto, Rita María Varela Estévez, Carolina Prieto Pérez, Laura Colmenero Parras, Logroño.*
31. **Mancha mongólica vs. mucopolisacaridosis: a propósito de un caso.**
Elena Queraf Martínez, Alba Pallisé Cardellach, Miriam Leiva Caballero, Ruth Ferre Canela, Laura Pino Salaet, Tarragona.

POSTERES ADMITIDOS

32. **Factores asociados al éxito de parto vaginal con una cesárea anterior.**
Raquel Carbajal Conde, Carmen de la Fuente Cardillo, Patricia Chávez Barroso, Beatriz Gutiérrez-Gainzarain, Aída Gómez García, Santander.
33. **Evolución de la profesión de matrona durante los siglos XX-XXI.**
Patricia Hernández Alía, Paula Caño Armenteros, Natalia Pino Pino, Toledo.
34. **¿Porqué las familias eligen parto en casa?**
Miriam Leiva Caballero, Ruth Ferre Canela, Alba Pallisé Cardellach, Elena Queral Martínez, Tarragona.
35. **Actualización en depresión posparto.**
María del Carmen García Jurado, Irene Montes Hoyos, Virginia Cortés Rodríguez, Andrea Gutiérrez Pulido, Marta Arriola González-Pinto, Inmaculada Maldonado Herrero, Madrid.
36. **Colestasis intrahepática en la gestación.**
Natalia Pino Pino, Paula Caño Armenteros, Patricia Hernández Alía, Toledo.
37. **Situación actual sobre la valoración de la depresión posparto por las matronas de atención primaria del Sergas.** *María Campos Piñeiro, Marta Barro Pascual, El Ferrol.*
38. **Atención al período posparto: la matrona como profesional idóneo para el control del puerperio hospitalario.**
Nuria Victor Pérez, Beatriz Segura Cumbreño, Vanesa Rodríguez Casais, Vigo.
39. **Revisión bibliográfica: posición fetal occípito-posterior y actuación de la matrona.**
Virginia Cortés Rodríguez, Inmaculada Maldonado Herrero, Irene Montes Hoyos, Marta Arriola González-Pinto, M^a del Carmen García Jurado, Andrea Gutiérrez Pulido, Madrid.
40. **Seguimiento y cuidado de una mastitis puerperal complicada, en el aula de puerperio y crianza del HU Virgen del Rocío. A propósito de un caso.**
Alicia Tejero Jiménez, Hiraya Maqueda Cayetano, Concepción Bermejo Bote, Sevilla.
41. **Programa de Alimentación saludable. Embarazo y Lactancia.**
M^a Victoria Corporales Prieto, Madrid.
42. **Comparación del porcentaje de cesáreas y partos instrumentales entre gestantes candidatas y no candidatas a un parto normal.**
Ana Casteleiro Vallina, María Paz Zulueta, Miguel Santibáñez Margüello, Santander.
43. **Factores de riesgo para la diástasis de rectos abdominales durante el embarazo y postparto.** *Laura Colmenero Parras, Carolina Prieto Pérez, Rita María Varela Estévez, Mónica Bernal Barreiro, Logroño.*
44. **Motivos de indicación de cesárea en el Hospital de Laredo.**
Soraya Varona Iglesias, Laura Barragán García, María Ruiz Caballero, María Jesús Barcenilla Domingo, Laredo, Cantabria.
45. **Implicaciones de la cirugía estética de mama sobre la lactancia materna.**
Rocío Pedrosa Hurtado, Claudia Martínez Abad, Valladolid.
46. **A propósito de un caso: Embolismo de líquido amniótico durante el trabajo de parto.** *Laura Isabel de los Santos Domínguez, Irene Cervero Morales, Lidia Casado de Osma, Madrid.*

POSTERES ADMITIDOS

47. **¿Miedos o realmente existe riesgo en el parto en agua?: Revisión sistemática de la evidencia.** *Alba Pallisé Cardellach, Elena Queral Martínez, Miriam Leiva Caballero, Ruth Ferré Canela, Laura Pino Salaet, Tarragona.*
48. **¿Están las madres satisfechas con su proceso de parto?**
Rita María Varela Estévez, Mónica Bernal Barreto, Laura Colmenero Parras, Carolina Prieto Pérez, Logroño.
49. **Vuelta al trabajo: Plan de lactancia y destete progresivo.**
Andrea Gutiérrez Pulido, Marta Arriola González-Pinto, María del Carmen García Jurado, Irene Montes Hoyos, Virginia Cortés Rodríguez, Inmaculada Maldonado Herrero, Basurto.
50. **¿Cómo disminuir la tasa de cesáreas en un hospital comarcal?**
María Caballero, María Jesús Barcenilla Domingo, Laura Barragán García, Laredo, Cantabria.
51. **¿Afecta al éxito de la lactancia materna la utilización de analgesia epidural durante el parto?** *Sofía Álvarez Valverde, Valladolid.*
52. **Prácticas Profesionales al Servicio de la salud perinatal. Trámites administrativos del R.N.** *Marta Victoria Corporales Prieto, María Guillén Pérez, Madrid.*
53. **Anticoncepción de urgencia ¿Qué podemos mejorar las matronas?**
Eva Bueno López, Badalona.

EXPOSICIÓN DIGITAL PERMANENTE DE TODOS LOS POSTERES
ADMITIDOS EN LOS ESPACIOS DEL CONGRESO



¡Cuidamos el medio ambiente!

Sede del XIX Congreso Nacional de Matronas
C/ Real Racing Club, s/n, 39005 Santander


PALACIO DE EXPOSICIONES
Y CONGRESOS DE SANTANDER

INFORMACIÓN GENERAL

1. El certificado de asistencia será entregado con la cartera de congresista junto a los tiques correspondientes al tipo de inscripción que realizó (A, B o C).
2. El certificado de créditos lo recibirá posteriormente, cuando el sistema de control presencial de congresistas sea revisado y en su archivo personal se pueda comprobar el tiempo de permanencia en sala de un mínimo del 90% de la duración del programa científico. Es una exigencia del Sistema Nacional de Acreditación de la Formación Continuada de las Profesiones sanitarias.
3. Además de este requisito, deberá cumplimentar el cuestionario diseñado para dicha evaluación con un margen de error de respuesta del 20%.
4. Cada tarjeta identificativa está dotada de un sistema de lectura y suma de los tiempos que cada congresista permanece en la sala de conferencias.
5. Es imprescindible que cada congresista lleve su identificativo colgado mientras permanezca en el recinto durante los días del Congreso.

ORGANIZA

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS
ASOCIACIÓN CÁNTABRA DE MATRONAS

SECRETARÍA TÉCNICA

XIXcongresonacionalmatronas@viajeseci.es
Calle Castelar, 41-43, 39004 Santander (Cantabria)
Teléfonos (+34) 942 319 541 • (+34) 669 738 382

COMITÉ CIENTÍFICO

comitecientificocongresona2018@gmail.com
matronas@asociacion-nacional.com
Avda. Menéndez Pelayo, 93. 3ª, 28007 Madrid
Teléfono (+34) 915 010 509

Patrocinadores y empresas colaboradoras



Expediente de Acreditación

De: SECRETARÍA TÉCNICA. COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA
A: D^a M^a TERESA GIL URQUIZA
PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN CÁNTABRA DE MATRONAS
C/CERVANTES 10
39001 SANTANDER
Asunto: Acreditación de actividades de Formación Continuada

Le notifico que mediante Resolución del Presidente de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Cantabria que se adjunta, se ha concedido la acreditación como actividad de formación continuada de las profesiones sanitarias a la actividad:

Expediente:	nº 10.113-190/18
Título:	II Congreso Nacional de matronas
Dirigido a:	enfermeros/as
Localidad:	Santander
Fechas:	del 31/05/2018 al 02/06/2018

Créditos concedidos: **1,8 Créditos**

Si con posterioridad a la emisión de esta resolución se produjeran cambios organizativos que afectasen a los datos recogidos en la solicitud, y en base a los cuales ha sido evaluada y otorgada esta acreditación, deberán notificarse a esta Secretaría.

El logotipo de la Comisión y el modelo de diploma/certificado de aprovechamiento de la actividad podrán solicitarse a la Secretaría Técnica y serán enviados por correo electrónico al responsable de la misma.

Santander, 16 de Mayo de 2018

EL SECRETARIO TÉCNICO DE LA COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA

Fdo. Luis Miguel Ruiz Ceballos



LIBRO DE RESUMENES DEL CONGRESO

EDITADO POR LA

ASOCIACION ESPAÑOLA DE MATRONAS

Este libro recoge íntegra y fielmente los resúmenes de las comunicaciones orales y pósteres seleccionadas .

La Organización no se hace responsable de las opiniones expresadas en ellos ni de su contenido .

