

DIFERENCIAS EN EL CONTROL DE EMBARAZO ENTRE MUJERES INMIGRANTES Y AUTÓCTONAS

AUTORES: Ana S. Millán Callado, Beatriz Cabezuelo Cuartero,, Carmen P. Martinez Santos, Rebeca Tejedor Muñoz, Juan García García.

- ❑ ANTECEDENTES: Debido a la feminización de la inmigración, están apareciendo necesidades específicas en la atención sanitaria sexual y reproductiva. El control del embarazo en las gestantes inmigrantes es escaso, siendo sustituido por contactos esporádicos en urgencias.
- ❑ OBJETIVO: Describir las diferencias respecto al control del embarazo entre las mujeres inmigrantes y autóctonas que parieron en el Hospital de Albacete durante abril y mayo de 2008.
- ❑ MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo con 250 mujeres (125 inmigrantes y 125 autóctonas). Variables: control del embarazo (adecuado 3 ó más ecografías), asistencia a la educación maternal, hábito tabáquico, captación de embarazo, nº de visitas de control del embarazo y Apgar al minuto, pH y peso del recién nacido.
- ❑ RESULTADOS:



CONTROL EMBARAZO

Tipo Mujer	Capacitan Embarazo (Días)	Nº visitas control del embarazo
INMIGRANTE	95.41	5.8
AUTÓCTONA	94.32	7.42

P = 0.000 *P = 0.000*

RESULTADOS NEONATALES

Tipo Mujer	Apgar Patológico (1º minuto)	Apgar Normal (1º minuto)	pH Arterial Patológico	pH Arterial Normal	Peso Recién Nacido
INMIGRANTE	8.7%	91.3%	17.7%	82.3%	3.268
AUTÓCTONA	3.9%	96.1%	16.2%	83.8%	3.135

NO EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS

•CONCLUSIONES: Existen diferencias significativas en el control adecuado del embarazo (3 ó más ecografías) y en la asistencia a educación maternal, siendo mayor en autóctonas en ambos casos. Las mujeres inmigrantes se captan más tardíamente y acuden a menos visitas de control de embarazo. No se encuentran diferencias significativas en cuanto al hábito tabáquico ni en los resultados neonatales.

Una nueva demanda social, la donación de sangre de cordón umbilical: Perfil de donante.

Álvarez Garzón, M; Cabrera Sánchez, MI; León Larios, F; Osuna Corredera, M; Quintero Gómez, R.
Matronas H.U.V. Macarena (Sevilla)

OBJETIVO

En abril de 2006 el HUV Macarena (Sevilla) fue nombrado centro acreditado para las donaciones de cordón umbilical. Desde entonces se ha incrementado el número de donaciones. Esto ha motivado el interés por conocer el perfil de mujer donante de sangre de cordón umbilical que acude a este hospital.

MÉTODO

Estudio transversal descriptivo con selección aleatoria de la muestra formada por 50 mujeres que tienen intención de donar la sangre de cordón umbilical en el momento del parto.

RESULTADOS



CONCLUSIONES

Tras el análisis de datos el **perfil de mujer donante es:**

Mujer de 29 años de edad media, casada el 64%, española el 84%, con estudios de nivel Formación Profesional el 36%, trabajadoras por cuenta ajena 58%. El 62% consulta con su pareja la decisión de donar. Con acceso a internet un 58% y suele consultar páginas de salud el 42%. El 90% de la muestra dispone de educación maternal (EM) en su Centro de Salud, pero acuden a las charlas el 56%. Al 46% de la muestra le hablaron sobre la donación de cordón umbilical en la EM. El 36% recibe información sobre la donación a través de los medios de comunicación. El 76% no se informó sobre la donación privada de cordón. El 94% aconsejaría la donación a otras mujeres. El 82% no conoce a nadie que haya donado anteriormente en su parto. El 12% donó en un parto anterior siendo la experiencia positiva.

Al 22% se le oferta la donación con la epidural puesta y al 18% cuando ingresa y no tiene dolor.

Todas las mujeres de la muestra tenían a priori intención de donar, finalmente fueron donantes el 34%. El 26% no firmó el consentimiento y en el 38% de los casos no fue válida la donación, siendo el motivo más frecuente la presión asistencial, 14%; seguido del desprendimiento rápido de la placenta en el 12% de la muestra.

Evaluación de los conocimientos y actitudes de las mujeres susceptibles de ser donantes de cordón umbilical

Quintero Gómez, R; Osuna Corredera, M; León Larios, F; Cabrera Sánchez, MI; Álvarez Garzón, M. Matronas. HUV. Macarena. Sevilla.

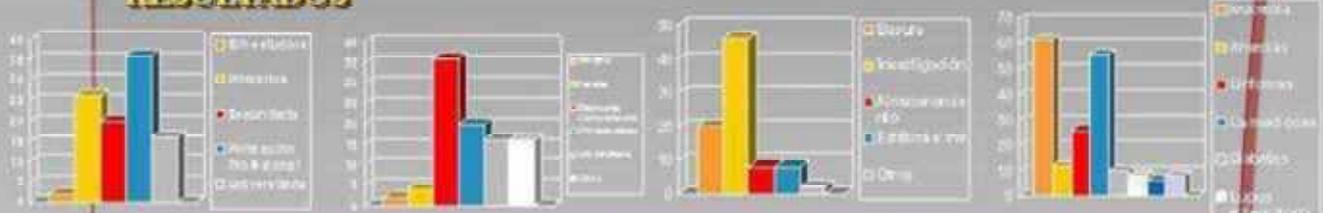
OBJETIVO

Evaluar los conocimientos y actitudes de las mujeres con intención de donar la sangre del cordón umbilical poniendo a disposición del profesional sanitario, especialmente matronas, las posibles deficiencias de las mujeres en este campo.

MÉTODO

Estudio transversal descriptivo con selección de muestra aleatoria simple comprendida por 50 mujeres que acuden al HUV. Macarena (Sevilla) para recibir asistencia durante el parto.

RESULTADOS



De la muestra, el 58% cuenta con acceso a Internet, de las cuales el 42% suele consultar páginas relacionadas con la salud. El 90% dispone de educación maternal en su Centro de Salud, acude el 56%. Al 46% le hablaron sobre la donación de cordón umbilical en la educación maternal. El 36% se ha informado sobre la donación de cordón en los medios de comunicación, y un 20% a través de los profesionales sanitarios:matrona. El 20% ha buscado información sobre donación privada, a través de profesionales sanitarios el 50%, pero finalmente no realiza donación privada por motivos económicos el 42,9%.

El 46% piensa que la placenta se destina a investigación y un 20% piensa que acaba en la basura. El 74% no dispone de información sobre el banco de sangre, sólo el 6% conoce la manera de ponerse en contacto con él.

El 68% piensa que podría recurrir a la sangre donada si su hij@ tuviera algún problema en el futuro. En cuanto a las posibles indicaciones de la sangre de cordón se denota un claro desconocimiento generalizado como se observa en el gráfico anterior. El 96% está a favor de la investigación con células madres y el 92% no tendría inconveniente en que la sangre donada se destinara a investigación. El 14% conoce los criterios de exclusión para realizar la donación de cordón. El 92% considera la donación un proceso altruista y el 98% un proceso beneficioso. El 70% no tiene inconveniente en someter a su bebé a pruebas sanguíneas en un futuro. El 58% aceptaría someterlo a una revisión general pasados unos meses para control de la sangre donada. El 98% no identifica riesgo en el procedimiento de la donación para el bebé. El 94% aconsejaría a otras mujeres la donación de cordón umbilical. El 56% considera que el consentimiento que firman recoge suficiente información para tomar la decisión de donar. El 76% piensa que la matrona no ha influido en su decisión. El 66% no resuelve sus dudas acerca de la donación ni con algún profesional sanitario.

CONCLUSIONES

Tras el análisis se evidencia un marcado déficit de conocimientos respecto a la donación de cordón umbilical y sus indicaciones futuras. No obstante, es patente la actitud positiva de las mujeres hacia este procedimiento. Dada la predisposición a realizar la donación de cordón, sería conveniente que la matrona cubriera las deficiencias de conocimientos evidenciados en las mujeres al ser la profesional sanitaria más cercana a la mujer.

EMBARAZO Y AGUA

Autores: Pérez Sala, Olga(1); Arasa Kubern, M. Mercè(1); Cardona Fopuny, M. Carmen(1); Nombiela Guillón, Aranzeli(1); Giné Galbó, Lara(2);
(1) Matrona ASSIR Terres de l'Ebre. (2) Administrativa ASSIR Terres de l'Ebre.

INTRODUCCIÓN:

Existe una amplia bibliografía, donde están claramente demostrados los beneficios del ejercicio físico en el agua, en comparación con otro medio, al ser esta ingravida el riesgo de lesión es menor. La forma en que se realiza el movimiento en medio acuático depende de la resistencia del mismo, aunque otros factores como la velocidad, el movimiento y la densidad del líquido también influyen. Es una manera de ejercitarse segura, agradable y divertida. Por todo ello en la mujer debido al efecto hormonal del embarazo hace del agua el medio idóneo para realizar la preparación a la maternidad.

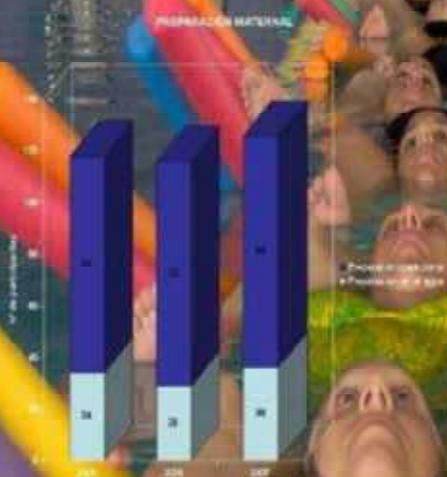
OBJETIVO:

Conocer la aceptación de la preparación a la maternidad en el agua.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo desde enero-2005 hasta enero 2008. Realizado en la población de Deltebre (Tarragona), de unos 12500 habitantes., La muestra consta de 178 gestantes que realizan la preparación maternal, de estas 99 lo hacen en el agua y el resto de manera tradicional. La preparación en el agua acontece una vez por semana al igual que la tradicional, siendo el grupo del agua abierto, pudiendo asistir a partir de la semana 14 de embarazo; mientras que el tradicional es cerrado, empezando entre las 28-30 semanas de gestación.

RESULTADOS:



Analizando los porcentajes de participación de preparación en el agua: en el año 2005: 41.97%, en el año 2006: 33.33% y en el año 2007: 40%.

CONCLUSIONES:

Teniendo en cuenta las características de la población, resalta la diferencia de participación entre programas. No disponiendo de información escrita, pensamos que las causas pueden estar relacionadas con:

- Distorsión de la imagen corporal
- Miedo o desconocimiento a nadar.
- Miedo a malos resultados obstétricos
- Diferentes culturas que no permiten mostrar el cuerpo en público.

Por todo ello queremos estudiar los motivos que nos permitan mejorar la participación, con la finalidad de que las mujeres se beneficien de las ventajas que aporta la preparación a la maternidad en el agua, científicamente probado.

XIII CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS. ALICANTE 2008



Institut Català de la Salut
Àmbit d'Atenció Primària
Terres de l'Ebre

Institut Català de la Salut
Gestió Terres de l'Ebre



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

ESTUDIO DEL CORDÓN UMBILICAL A TRAVÉS DE LA HISTORIA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

AUTORES: Laura Ranedo Metola y Dulce Marín Tordera, Matronas HGUA, Octubre 2008

INTRODUCCIÓN:

¿Qué usos se le ha dado a éste en las diferentes culturas y a lo largo de la historia: *¿entre sus usos más típicos?*

Desde un punto de vista antropológico y popular es considerado un potente objeto mágico, asignándosele destinos alternativos y alejados de la medicina.

En la actualidad es utilizado como fuente de células madre.

Históricamente ha tenido gran importancia médica y social para muchas sociedades.

OBJETIVOS:

• Describir y comparar el concepto y la utilización del cordón umbilical en las diferentes culturas del mundo.

• Adquirir una visión holística que ayude a entender la importancia del cordón umbilical en las diferentes culturas y en la historia de la humanidad.

MATERIAL Y MÉTODO:

Búsqueda bibliográfica: en la base de datos del IME, en Internet y en motores de búsqueda como Google, Hispavista Lycos.

RESULTADOS:

El uso del cordón umbilical a través de la historia de la civilización ha pasado por distintas épocas, en las que ha tenido un significado diferente:

Como objeto mágico ⇨ **ONFALOMALACIA**: arte de adivinar el futuro del recién nacido a través de los nudos, vueltas otras características del cordón.



Como objeto religioso ⇨ Cordón umbilical = ángel de la guarda.

Por su pureza, acercaría más al bebé a la divinidad: bolsitas, que contienen en su interior el muñón umbilical, en la proximidad de algún altar, actuando como rogativa para la curación del pequeño o con el fin de conseguir la protección celestial.

Como método anticonceptivo ⇨ La esposa tras cocer y mezclar con los alimentos el cordón del primogénito varón, se lo dará a comer a escondidas a su marido.

Como objeto terapéutico:

En la medicina popular, numerosas prácticas en España, para la incontinencia nocturna, para el dolor de vientre y también utilizado para lavar los ojos de los niños.

En Europa (Finlandia, Suecia y Suiza) para que el niño no tuviera cólicos, curaba las heridas y llagas de la boca y eliminaba las manchas atribuidas a los antojos de la madre.

En Méjico: como una buena medicina para la puerpera y curaba el empacho en los niños.

En la actualidad, uso como fuente de células madre. Ventajas: fácil disponibilidad en la búsqueda de donante, disminución reacción injerto contra huésped.

El primer trasplante de células de cordón fue en 1988 en París. En 1993 se creó el primer banco de sangre de cordón umbilical del mundo en New York.

Actualmente, se está empezando a utilizar en el tratamiento de más de 40 enfermedades graves: algunos tipos de leucemias (linfocítica aguda, mielocítica crónica, mielógena aguda), linfoma de tipo no Hodgkin, mieloma múltiple neuroblastoma, anemias (aplásica, Fanconi, Falciforme), osteoporosis, lupus, síndrome de Wiskott Aldrich, síndrome de Hunter Tay Sachs, beta Talasemia, inmunodeficiencia combina severa.

DISCUSIÓN

Importancia en todas las civilizaciones.

Con o sin base científica, ha aportado a menudo beneficio y fuente de esperanza al ser humano.

Actualmente, puede ser una herramienta indispensable en el tratamiento de enfermedades y regeneración de tejidos, una vez se salven los retos tecnológicos todavía pendientes.

FACTORES DE RIESGO FRECUENTES EN EL PUERPERIO DOMICILIARIO

Autores: Nombiela Guillen, Araceli(1); Cardona Espany, M.Carmen(1); Arasa Sabero, M Mercé(1); Pérez Sala, Olga(1); Giné Galdo, Lara(2);
(1) Matrona ASSIR Terres de l'Ebre. (2) Administrativa ASSIR Terres de l'Ebre.

INTRODUCCIÓN:

Las matronas dentro de nuestra cartera de servicios en el PASSIR Terres de l'Ebre (Tortosa - Tarragona), una de las actividades que se realizan es el puerperio domiciliario, con las exposiciones al riesgo que eso conlleva. Entendemos como factor de riesgo, todo objeto, sustancia, forma de energía o característica de la organización del trabajo que pueda contribuir a producir daños en la salud de los trabajadores.

OBJETIVO:

Estimar la magnitud de los riesgos a los que estamos expuestos en el puerperio domiciliario.

METODOLOGÍA:

Identificación - estudio y análisis de los factores de riesgo más frecuentes asociados al puerperio domiciliario.

RESULTADOS:

Análisis de riesgo:

Factores asociados a la seguridad:

- Equipos de trabajo: calzado, ropa adecuada, fomites, piojos,...
- Seguridad vial: transporte privado
- Seguridad personal: realización del domicilio fuera del marco coyuntural del CAP

Factores asociados a la higiene industrial:

- Agentes biológicos: bioinoculación (pinchazos, salpicaduras, manipulación inadecuada), sangre, orina, loquios, leche, exudados (umbilicales, serosas, conjuntivitis del recién nacido)
- Agentes químicos: uso de nitrato de plata, compuesto yodados, soluciones alcohólicas o desinfectantes, utilización de guantes de látex, exposición a residuos de riesgo específico (grado de contaminación biológica: necesitaría un tratamiento específico; agujas de enfermos contagiosos, bisturis,...)

Factores asociados a la ergonomía:

- Malas posturas en el desarrollo de la actividad: práctica de curas (de ombligo, de episiotomías, de cesáreas, de retirada de puntos,...)

Factores asociados a la psicología:

- Miedo a los riesgos que no se han podido evitar. No se han podido predecir pero existen: perros, familias desestructuradas,...

CONCLUSIONES:

La mejor manera de evitar un riesgo es conocerlo y detectarlo, para generar medidas adecuadas y poder prevenirlos.

Dentro de la salud laboral es imprescindible un protocolo específico de riesgos laborales en lo referente a la atención domiciliaria.

XIII CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS. ALICANTE 2008



Institut Català de la Salut
Àmbit d'Atenció Primària
Terres de l'Ebre

Institut Català de la Salut
Gestió de Terres de l'Ebre



Comitat de Catalunya
Departament de Salut

¿Sabes lo que te estás perdiendo? Una matrona en tu vida

Matrona-Partos- Complejo Hospitalario de Pontevedra
Iria Azares Valgo.

Antiguamente las funciones de la matrona eran únicamente de auxilio al personal facultativo. Hay un desconocimiento general por parte de toda la población que cree que su trabajo se limita al momento del parto, e incluso de muchos profesionales de la salud, acerca de las funciones de la matrona, debido a la disparidad de funciones realizadas por las matronas dependiendo del lugar de trabajo, en distintos centros de salud de la misma comunidad. Actualmente, se han creado en los distintos países de la Unión Europea directivas que regulan nuestras competencias. Nuestro objetivo es resaltar que la matrona es el personal capacitado más accesible para la atención integral a la mujer, durante toda su vida.

Métodos

Soporte gráfico de las distintas facetas de la labor de la matrona.



Planificación familiar, Sexualidad,
Consulta preconcepcional y
Menopausia



Diagnóstico y Control del embarazo



Clases de preparación al
parto y postparto



Trabajo de parto



Asistencia al parto y Puerperio



Apoyo a la Lactancia materna

Discusión y Conclusiones

Creemos de vital importancia que la población conozca a la profesional capacitada en resolver muchos de los problemas de salud que se pueden presentar a lo largo de su vida. La labor de la matrona dará a la mujer los recursos y conocimientos necesarios para lograr autonomía en su propio autocuidado, contribuyendo con ello a la elevación de los niveles de salud de la mujer. Un procedimiento gráfico para exponer las funciones de las matronas, como el que presentamos, puede resultar una herramienta útil, sencilla y de fácil comprensión para aumentar el grado de conocimiento en nuestras pacientes de las tareas que desarrollamos.

"INCIDENCIA DE PARTOS DISTÓCICOS CON ANALGESIA EPIDURAL"

AUTORAS: MARÍA SÁNCHEZ BEATO, M^a ISABEL CASTELLÓ LÓPEZ. MATRONAS. HOSPITAL LLUÍS ALCANYÍS. XÀTIVA

Palabras clave: parto distócico, analgesia epidural, instrumentación

INTRODUCCIÓN

Tras amplia búsqueda bibliográfica, existe controversia sobre la incidencia de partos distócicos, incluidas las cesáreas no electivas. En nuestro hospital, se pone la A. Epidural durante las 24h los 7 días de la semana y sólo el 30,8% de todos los partos atendidos en el periodo de estudio llevan la A. Epidural.

OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

Conocer la incidencia de partos distócicos (vía vaginal ó abdominal) con Analgesia Epidural en nuestro hospital durante 6 meses y el tipo de inicio; inducido ó espontáneo.



MATERIAL Y MÉTODO

•Muestra: 542 partos en 6 meses, de noviembre 2007 a abril de 2008(excluidas 60 Cesáreas electivas)

•Método: Estudio descriptivo, cuantitativo y retrospectivo. Se recogen todos los registros informatizados y se eligen aquellos con A. Epidural. Se analizan con SPSS 3.0

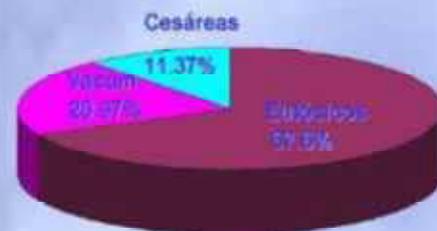
RESULTADOS



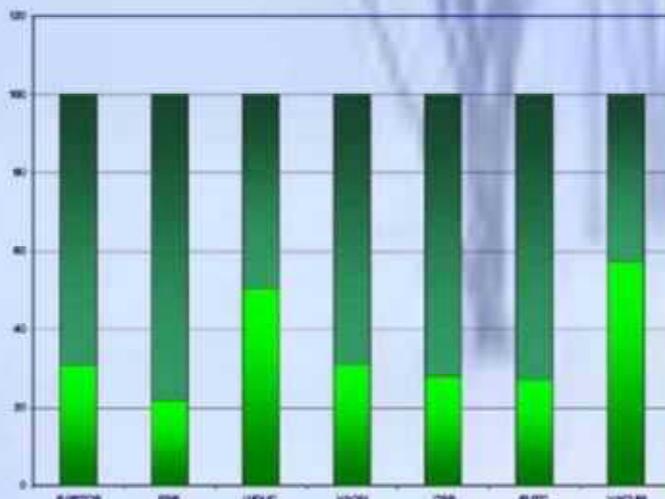
PARTOS (N = 542)



INICIO DEL PARTO CON A. EPIDURAL



FINALIZACIÓN PARTOS CON A. EPIDURAL



A NO EPIDURAL
SIN EPIDURAL

CONCLUSIONES

Si comparamos los resultados con el resto de partos atendidos sin A. Epidural, el total de las distocias es del 32,33 % con A. Epidural frente al 20 % sin A. Epidural.

-Las distocias por V. Vaginal son del 58,33 % con A. Epidural
-Las distocias V. Abdominal son del 27,94 % con A. Epidural

En nuestro estudio, "SI HAY UNA ALTA INCIDENCIA DE DISTOCIAS SEA POR VIA VAGINAL Ó ABDOMINAL CON LA ANALGESIA EPIDURAL"

ESTUDIO ETNOGRÁFICO LAS MATRONAS EN CHINA Y EL USO DE TERAPIAS ALTERNATIVAS

DIALOGO ENTRE ORIENTE Y OCCIDENTE

Durante mucho tiempo la mayoría de los analistas del ámbito occidental han ignorado culturas que le eran ajenas y ha pretendido filtrar y discernir su razón.

Sin embargo, un número incalculable de personas en todo el mundo reclaman información y practican métodos basados en la sabiduría oriental.

EL LEGADO DE CHINA.

Existen testimonios textuales que demuestran que en el siglo II a.C. los chinos ya aceptaban la teoría de la circulación de la sangre, o los ritmos circadianos del cuerpo.

Durante mucho tiempo China aventajó a Occidente en casi todas las ramas de las ciencias positivas. Solo la miopía de no querer ver más allá de nuestras fronteras culturales causó que Occidente olvidara a Oriente durante siglos. De ahí que hasta hace sólo unos años se investigan sus aportaciones a la ciencia y a la tecnología.

Aunque ensombrecidas por la biomedicina occidental, las terapias complementarias y alternativas han dejado una herencia imborrable en la obstetricia de Occidente.

Veamos, pues, un estudio etnográfico de su legado. En China las matronas ofrecen terapias alternativas basadas en la Medicina Tradicional China, prácticas basadas en la evidencia donde convergen los avances científicos de Occidente con la efectiva sabiduría oriental.



MATERIAL Y MÉTODO

Observación y entrevista abierta a matronas y mujeres en las unidades de maternidad de Shanghai Maternity Hospital, International Peace Maternity Hospital, XIYuan Hospital of Chinese Medicine in Beijing, Shaanxi People's Hospital in Xian, Centro de salud de Shanghai, C.S. Periférico en Guilin. Visitas domiciliarias con la matrona. Obtención de notas de campo, revisión del material publicado, informes anuales y estadísticas oficiales. Revisión bibliográfica.



PRÁCTICA DE LA MATRONA

- Seguimiento y cuidado de la embarazada de bajo riesgo en el domicilio, parto eutócico y puerperio.
- Preparación prenatal. Incluye yoga, taichi, qi-gong (técnicas de respiración profunda).
- Auscultación intermitente.
- Moxibustión: fuentes de calor aplicadas a puntos de acupuntura en los pies (BL 67) para girar la presentación de nalgas a las 38 semanas con un éxito del 65-70%.
- Promocionar la ingesta y movilización durante la dilatación.
- Ausencia de partos domiciliarios planificados o partos en el agua.
- Aromaterapia. Masaje Tuina. Digitopuntura. Shiatsu.
- Musicoterapia. Hipnoterapia.
- Administración de Medicina herbal.
- Acupuntura. Reflexología.
- Masaje del bebé.
- Aquaterapia: usada para el tratamiento de la ictericia en el recién nacido.

ESTADÍSTICAS GENERALES:

- 7000 nacimientos al año
- 88% primíparas (debido a la política de un solo hijo por familia)
- 10% uso de epidural en parto vaginal
- 60% uso de gas y aire como analgesia
- 65% asistencia de doulas durante la dilatación y parto
- 40% presencia de la pareja durante el parto
- 90% partos en litotomía durante la fase expulsiva
- 80% uso de episiotomía (peso medio al nacer >3,5 kg)
- 8-10% parto instrumental (fórceps)
- 35-40% cesáreas
- 80% expulsión fisiológica de la placenta
- 100% iniciación de la lactancia materna al alta hospitalaria

BENEFICIOS DEL MASAJE DEL BEBE

- Libera oxitocina y endorfinas
- Mejora la circulación, digestión y el sistema inmune
- Favorece la relación afectiva madre-hijo
- Agiliza la mielinización de células cerebrales y sistema nervioso
- Alivia el cólico, indigestión y mucosidad
- Promociona la relajación y el sueño



En China a través de la sanidad pública las matronas combinan la Medicina Tradicional China y terapias alternativas junto con los avances científicos de Occidente para ofrecer un cuidado perinatal holístico centrado en la mujer y en la familia.

Existe un fácil y efectivo acceso a un completo espectro de terapias alternativas de elección para tratar síntomas fisiológicos del embarazo, como método de analgesia durante el parto, así como en el periodo postnatal. Investigación y protocolos son necesarios para facilitar el acceso de las mujeres en Occidente a los beneficios de estas novedosas terapias dentro de la antigua y efectiva Medicina Tradicional China.

¿GANARÍAMOS ALGO EVITANDO LA PRÁCTICA DE LA EPISIOTOMÍA?

Autores: Muñoz Gallardo M.C., Sánchez Fernández M., Sánchez García C., Martínez Conesa F.J., Gómez López A.

Matron@s del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Comarcal La Inmaculada de Huércal Overa (Almería).

INTRODUCCIÓN: La episiotomía es un procedimiento quirúrgico que ha sido utilizado de forma rutinaria en años anteriores para prevenir daños perineales y desgarros de III y IV grado, siendo ésta es una de las creencias más aceptadas por los profesionales de la obstetricia.



MATERIAL Y MÉTODOS: Se lleva a cabo un estudio descriptivo retrospectivo transversal analizando todos los partos eutócicos realizados en un Hospital Comarcal durante el año 2007, con el objetivo de comparar la incidencia de desgarros entre las mujeres a las que se les practica episiotomía y a las que no.

RESULTADOS: Del total de partos realizados (N=1177) no se practicó episiotomía en 1004 (85,31%) y si se realizó en 173 (14,69%) de las mujeres. En los partos sin episiotomía el número de desgarros de I y II grado fue de 397 (39,54%) y 193 (19,22%) respectivamente, mientras que el porcentaje de desgarros de III grado fue 0,39% (n=4). No se registró ningún caso de desgarro de IV grado en el periodo analizado. En el caso de los partos con episiotomía, no se produjo ningún caso de desgarro de I y II grado, mientras que el número de desgarros de III y IV grado fue de 3 (1,70%) y 3 (1,70%) respectivamente (figura 1).



Figura 1. Porcentaje y tipo de desgarros sin/con episiotomía

CONCLUSIONES: Según nuestros datos, tras la realización de una episiotomía se produce un mayor número de desgarros de III y IV grado, siendo estos los más graves por sus consecuencias posteriores. Atendiendo a esto, no justificaríamos la práctica de la episiotomía como procedimiento rutinario preventivo, y si se podría deducir que la no realización de esta técnica protegería el periné de las mujeres.



ERGONOMÍA EN EL TRABAJO

"DISEÑO ERGONÓMICO DEL PUESTO DE TRABAJO DE UNA MATRONA"

Alejandra Pérez Galda, Hanao Pérez San, M^a Eugenia Fernanda Márquez Páez, Ana María Martínez Escobar (matronas)

Todo diseño ergonómico ha de considerar los **objetivos** de la **organización**, teniendo en cuenta aspectos como la **producción**, **rentabilidad**, **innovación** y **calidad** en el servicio.

ÁREAS DE ESPECIALIZACIÓN

Ergonomía cognitiva



Ergonomía Física: La ergonomía física se preocupa de las características anatómicas, antropométricas, fisiológicas y bioquímicas humanas en tanto que se relacionan con la actividad física.

Ergonomía organizacional

FACTORES QUE SE DEBEN VALORAR PARA DISEÑAR CORRECTAMENTE UN PUESTO DE TRABAJO

- Los riesgos de carácter **psicológico** que puedan existir.
- Los riesgos causados por una **postura de trabajo** incorrecta fruto de un **diseño** incorrecto de **asientos, taburetas, etc.**



- Riesgos relacionados con la **actividad del trabajador** (por ejemplo, por las posturas de trabajo mantenidas, **obesiones** o movimientos efectuados durante el trabajo de forma incorrecta o la **obstrucción** súbita de las capacidades de **atención** y **atención** del trabajador).



EVITEMOS LAS LESIONES MUSCULO-TENDINOSAS

RECEPCIÓN DE LA GESTANTE: ANALES CLÍNICOS, PEPFUSIÓN I.V., MONITOREACIÓN, HISTORIA CLÍNICA, ETC.



DILATACIÓN-EXPULSIVO, TACTOS VAGINALES, AMNIOTOMIA, ECTG, EXTRACCIÓN DE PLACENTA, SUTURA, REANIMACIÓN



DISEÑO DEL AMBIENTE LABORAL

- Factores organizativos: turnos, salario, relaciones jerárquicas, etc.
- Condiciones ambientales: temperatura, iluminación, ruido, vibraciones, etc.



LAS CONDICIONES AMBIENTALES DESFAVORABLES AFECTAN A LA SALUD FÍSICA Y PSÍQUICA

- Distribución del espacio y de los elementos dentro del espacio.



BUSQUEMOS LA ADAPTACIÓN DEL ESPACIO



IMPACTO DE LA VERSIÓN CEFÁLICA EXTERNA EN LA TASA DE PARTOS EUTÓCICOS



Fernández M, Bosch S, Sánchez E, Burgos J. Hospital de Cruces (Baracaldo)

OBJETIVO

Cuantificar el impacto de la versión cefálica externa (VCE) en la tasa de partos eutócicos.

MATERIAL Y MÉTODOS



Estudio retrospectivo de las 419 VCE realizadas durante el periodo de tiempo comprendido entre Junio de 2002 y Junio de 2007 y su evolución posterior hasta el parto. Las VCE fueron realizadas mayoritariamente en la semana 37, previa cardiotocografía y determinación ecográfica del tipo de presentación, localización placentaria y volumen de líquido amniótico. Se administró un agente tocolítico (ritodrine o atosiban) con anterioridad al inicio de las maniobras, las cuales se realizaron bajo control ecográfico. Tras la finalización del procedimiento se mantuvo un periodo de observación de 45-60 minutos, durante el cual se mantuvo el registro cardiotocográfico, prestando especial atención a la aparición de dolor abdominal, hemorragia, pérdida de líquido amniótico o inicio del parto.

RESULTADOS



Por cada 2 versiones que se realizan se evita una cesárea y por cada 4, se asiste a un parto vaginal eutócico.

CONCLUSIONES

La VCE es un procedimiento que aumenta la tasa de partos eutócicos y disminuye la tasa de cesáreas en las presentaciones podálicas.



VARIABILIDAD DE LA GASOMETRIA DE SANGRE DE CORDÓN EN FUNCIÓN DEL TIEMPO DEL ANÁLISIS

AUTORAS M.ª AMELIA MONCAYO AGUIRRE Y M.ª ISABEL CASTILLO LÓPEZ
MATRONAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA, HOSPITAL LUIS ALCAZOR, XÀTIVA (VALENCIA)

INTRODUCCIÓN

La mayoría de los trabajos encontrados, coinciden en que muchos factores durante el embarazo y trabajo de parto pueden afectar los valores de los gases de sangre de cordón y que en la mayoría la modificación de los valores de la gasometría según el tiempo del análisis, es tan modesta que no la consideran relevante.

HIPÓTESIS DE TRABAJO:

El resultado varía según sea analizada la gasometría de la sangre de cordón a los 5 min., a los 15 min. y a los 30 minutos.

OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

Conocer si existe alguna variación en el resultado de las gasometrías con muestras de sangre venosa y arterial del cordón umbilical, analizadas en diferentes periodos de tiempo y sometidas a las mismas condiciones ambientales.

MATERIAL Y MÉTODO

► **Método:** Estudio descriptivo, cuantitativo y prospectivo que se realiza en el Hospital Luis Alcazor de Xàtiva (Valencia) desde febrero a julio del 2008. Se utiliza el P.Excel 3.0 para el análisis de los datos.

► **Muestra:** Gestantes con embarazo normal, parto espontáneo y vaginal con RN sano, Apgar 8/10 y peso > 2500grs. **N = 36**

► **Material:** Dos jeringas de gasometría para sangre venosa y arterial, equipo analizador de gases en sangre y electrolitos (Serie ABL77) y hoja de registro de datos (P.Acces 3.0)



RESULTADOS

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Española, entre 31 y 40 años, con estudios primarios, la mayoría con trabajo fijo.

DE LA MUESTRA

PERFIL OBSTÉTRICO

Secundigesta, entre la semana 39 y 40da gestación, sin A. Epidural, con episiotomía y en el 63,8% con un tiempo de expulsivo < 30 minutos con parto eutócico.

GASOMETRÍA ARTERIAL

	pH Art.	pCO2 Art	pO2 Art	EB Art
5 min.	7,30	53	27	- 5,20
15 min.	7,27	55	25	- 5,36
30 min.	7,21	57	24	- 5,81

GASOMETRÍA VENOSA

	pH Ven	pCO2 Ven	pO2 Ven	EB Ven
5 min	7,27	40,5	27	- 5,31
15 min	7,33	42,5	26	- 5,53
30 min	7,35	47,75	25	- 5,91

CONCLUSIONES:

Tanto para la gasometría arterial como venosa, los valores se modifican significativamente entre los 5 y los 30 min, por lo tanto **"ES RECOMENDABLE REALIZARLAS EN UN PERIODO MENOR A LOS 30 MIN, A SER POSIBLE, DENTRO DE LOS PRIMEROS 15 MIN"**

ACTITUDES HACIA LA MENOPAUSIA Y CALIDAD DE VIDA DE UN GRUPO DE ENFERMERAS DE ÁMBITO HOSPITALARIO

Autores: M. J. Dorrego Leal, M. C. Pérez González, A. Puga Martínez, P. González Aido, T. García Fernández

- **Menopausia** es el cese permanente de las menstruaciones que resulta de la pérdida de la actividad folicular ovárica.
- **Perimenopausia o periodo climatérico** es el periodo precedente a la menopausia durante el cual aparecen los signos endocrinológicos, biológicos y/o clínicos anunciando la proximidad de la menopausia, y por lo menos al año después de las últimas reglas.
- **Actitudes** son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí.

HIPÓTESIS

Tradicionalmente, en las sociedades occidentales la menopausia ha sido identificada como pérdida y envejecimiento y su aceptación respaldada por parte de las mujeres ha sido la norma hasta el último tercio del siglo pasado. Pero el aumento de la esperanza de vida y la participación de la mujer en el mundo liberal han creado la necesidad de ampliar la identidad femenina más allá del climatismo, estableciendo modelos y actitudes positivas que den sentido pleno a este largo periodo del ciclo vital.

OBJETIVOS

1.- Conocer el estado de la calidad de vida de las mujeres encuestadas a través del cuestionario de la Escala Cervantes.

2.- Conocer sus actitudes psicológicas a través de la aplicación del cuestionario de actitudes hacia la menopausia de Bowler.

3.- Comprobar si las actitudes hacia la menopausia dependen del estado menopáusico en que se encuentran las mujeres.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, en el ámbito mundial, se ha generado diversa línea de investigación principalmente referidas a los cambios físicos en el climatismo y con frecuencia la sintomatología menopáusica ha sido considerada un problema médico en la mayoría de los países de nuestro entorno, sin embargo los factores psicoculturales y culturales tienen una consecuencia considerable en la percepción por parte de las mujeres durante este periodo. Las autoras, como profesionales de salud, conscientes de que la mujer durante el climatismo experimenta cambios físicos y psicológicos trascendentes en su conducta y en su relación con los demás, debemos realizar acciones preventivo-promocionales para orientar a la mujer logrando establecer actitudes positivas en esta etapa de la vida.

CONCLUSIONES

- 1.- La calidad de vida media de la muestra se sitúa por debajo de la media nacional correspondiente por de estudio, según la Escala Cervantes.
- 2.- El escaso número de mujeres a tratamiento con THS y antidepresivos choca frontalmente con un gran número de prejuicios, verdades a medias y falsas creencias que persisten arraigadas en algunos sectores de la sociedad, tales como, la menopausia es una enfermedad, difícil de soportar, donde la ansiedad, depresión y la angustia son normales.
- 3.- Las actitudes hacia la menopausia de las mujeres estudiadas son mayoritariamente positivas y negativas, considerando este periodo como un proceso natural y normal dentro del ciclo vital.
- 4.- El estado menopáusico marca diferencias estadísticamente significativas en tres de los ítems de la escala de Bowler: activa, atractiva y hermosa. El ítem "con éxito" está muy cercano a la significación estadística.

MÉTODO Se trata de un estudio descriptivo. La recogida de la información tuvo lugar durante un periodo de 3 meses de marzo a mayo del año 2008. La herramienta usada para el estudio fueron los cuestionarios, a los que todas las personas respondieron libre y voluntariamente, siendo las respuestas plenamente anónimas.

RESULTADOS PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO



Muestra: 70 mujeres, diplomadas en enfermería.
Edad: 45-64 años que desarrollan su actividad profesional en el ámbito hospitalario.
Edad promedio de la muestra: 51,17 (4,89) años. Media de edad de comienzo de la menopausia: 48,55 (2,66) años.

CALIDAD DE VIDA según la Escala Cervantes

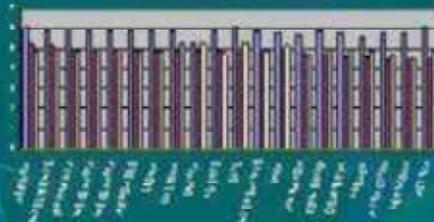


ACTITUDES HACIA LA MENOPAUSIA según la Escala de Bowler



ACTITUDES HACIA LA MENOPAUSIA según la Escala de Bowler

ACTITUDES HACIA LA MENOPAUSIA según la Escala de Bowler



DISCUSIÓN

Durante el climatismo se sabe que las consecuencias del hipotestosteronismo por el cese de la función ovárica pueden influir en grado variable sobre la calidad de vida de la mujer menopáusica y esto debe ser valorado. La menopausia es un fenómeno bio-socio-cultural y en la expresión de su esencia interactúan factores biológicos, psicológicos y sociales que condicionan su impacto en la calidad de vida. Cuando se compara la experiencia del climatismo en mujeres de diferentes ambientes, se observa una considerable variabilidad en la manifestación de su experiencia y en la incidencia de la mayor parte de los trastornos relacionados con esta etapa.

Para algunas culturas, la menopausia confiere beneficios y las mujeres esperan con agrado su aparición; mientras que para otras es un estigma, algo que no se debe ni nombrar y en la carga emocional negativa que implica. Por lo tanto, no sólo es importante identificar la presencia de los síntomas menopáusicos sino también identificar la apreciación subjetiva de la mujer, para determinar si se ve afectada o no su calidad de vida por ellos.

BIBLIOGRAFÍA

- Escala Cervantes: www.escalcervantes.com
- Grupo Cervantes (2004). Escala Cervantes, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEMM): 6-7
- Casasnovas J. Climatismo y Cultura. Climatismo. 1999; 1(4): 172-176.
- Ginder N, Gutiérrez P. Do different cultures really explain different attitudes to the management of the menopause? *Mediographia* 2001; 23 (4): 313-314.
- Francó Ribera, Lidia. Análisis sobre los modelos culturales de la menopausia. Tesis doctoral. Departamento de Antropología cultural e Historia de América y África. Facultad de Geografía e Historia. Universidad de Barcelona, 2003.

LACTANCIA MATERNA:

Prevalencia y Causas de Abandono en Portugal

SILVA SARDO, D.; REIS SANTOS, M.; PRATA, A.*



La amamentación (AM) es una práctica, que apesar de numerosos beneficios, continua sin alcanzar los valores preconizados por la UNICEF/OMS. Estudios realizados en Portugal muestran "una alta incidencia de la AM al nacimiento pero una baja prevalencia a partir del mes y medio de vida, siendo necesaria la identificación de los factores determinantes del suceso e implementación de intervenciones adecuadas" (D'Almeida, 1998:325). Aunque existe una fuerte adhesión inicial a la amamentación, se verifica que al final del primer mes las tasas caen bruscamente, siendo considerada su promoción, por la OMS, como un Derecho Humano, un Derecho del Niño y un Derecho de la Mujer (OMS/ UNICEF, 1996).

OBJETIVO

- Identificar la prevalencia de la AM y de la AM exclusiva
- Identificar la relación entre las dificultades detectadas al inicio de la AM y su prevalencia.

METODOLOGIA

Estudio longitudinal, descriptivo y exploratorio, realizado entre Diciembre de 2004 y Febrero de 2006, en un Hospital Maternidad ubicado en la zona Litoral Norte de Portugal.

1ª Fase – entrevista con formulario y observación directa, con una plantilla de UNICEF, en una muestra de 86 parturientas;

2ª Fase – entrevista semi-estructurada realizada telefónicamente, en una muestra de 45 mujeres, madres hace más de un año.

CONCLUSIÓN

La relación entre la prevalencia de amamentación y los resultados encontrados, aunque un poco inferiores a los referenciados en la bibliografía están en consonancia con ésta que nos indica que apenas 50% de las madres amamentan a sus hijos por un periodo superior a tres meses (D'Almeida, 1998; OMS/ UNICEF, 1996; Sarido, Prata et al., 2005).

Dificultades con la posición, tales como, madre con los hombros tensos e inclinada sobre el bebé, cuerpo del bebé alejado del de la madre, cuello del bebé torcido, barbilla del bebé sin contacto con el pecho y/o solo hombro o cabeza apoyados, llevan al abandono precoz de la LM exclusiva.

Los comportamientos indicativos de dificultad en el ítem posición pueden provocar problemas a nivel de sujeción al pecho, deglución, traumatismos en el pezón, ingurgitamiento mamario, entre otros, que pueden resultar en una mamada ineficaz y llevar al abandono precoz de la amamentación. Consideramos por eso, que las matronas y los profesionales de enfermería en su práctica, deben implicarse en el proceso de promoción, apoyo y manutención de la amamentación, para apoyar a las mujeres, dando respuesta a sus dudas y eliminando eficazmente los problemas detectados, contribuyendo de esta forma para aumentar la prevalencia de la amamentación y asimismo de la amamentación exclusiva.

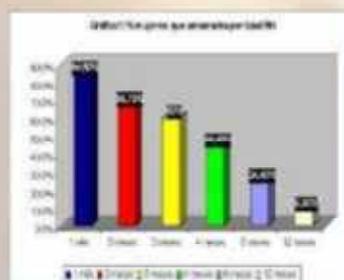
RESULTADOS

84,5% de las encuestadas amamantaba en el primer mes de vida, de éstas, 68,2% exclusivamente;

24,4% amamantaba a los 6 meses y 11,4% de forma exclusiva.

Al inicio de la AM las mayores dificultades se observaron en los ítems posición, respuesta y succión.

Se verificó una relación estadísticamente significativa ($p=0,021$), entre las dificultades detectadas en el ítem posición y la prevalencia de la amamentación exclusiva. No fueron encontradas relaciones estadísticamente significativas en los ítems de la respuesta y la succión.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:
 1. CARVALHO, A. B. T. (2007). Amamentação: Uma prática promotora. *Revista de Enfermagem, Curitiba*, Curitiba, Paraná, v. 21, n. 1, p. 10-15.
 2. D'ALMEIDA, J. (1998). O sucesso da amamentação: Contributo de uma intervenção clínica. *Revista de Enfermagem, Curitiba*, Curitiba, Paraná, v. 11, n. 1, p. 10-15.
 3. OMS, D.S. (1996). *Declaração de Ginebra sobre a lactação materna*. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9605a.html>. Acesso em: 10/05/2008.

INDICADORES DE CALIDAD EN OBSTETRICIA

"Hospitales TOP 20"



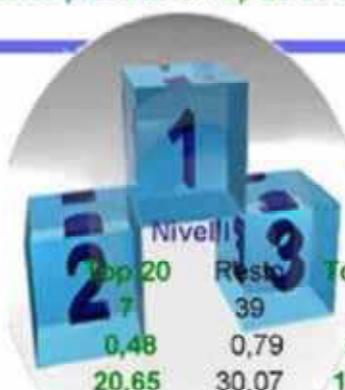
Autores

Antonio Hernández Martínez, Raquel Ramos Sánchez-Miranda.
Matron Complejo Hospitalario "Mancha-Centro" (Alicázar de San Juan). Matrona Hospital "Gutiérrez Ortega" (Valdepeñas), SESCAM. Correspondencia: antomatron@gmail.com

Introducción

La variabilidad en la práctica clínica en la asistencia obstétrica es elevada. La empresa IAST crea un programa de evaluación basado en una serie de indicadores, "El top 20". En el año 2005 se presentó el Top 20 de obstetricia.

Principales Indicadores



Indicador	Nivel I		Nivel II		Nivel III	
	Top 20	Resto	Top 20	Resto	Top 20	Resto
Número Hospitales incluidos	7	39	6	24	7	32
Índice de complicaciones	0,48	0,79	0,63	0,73	0,74	1,04
Tasa de cesáreas	20,65	30,07	16,65	25,98	17,72	25,67
Parto vaginal tras cesárea	31,64	19,44	46,17	24,70	46,77	26,33
Porcentaje ingresos preparto sobre total partos	5,31	10,34	5,62	9,88	5,25	10,33
Partos vaginales con episiotomía	49,49	62,30	34,05	62,87	44,84	64,42
Estancia media hospitalaria	2,82	3,12	2,98	3,34	3,35	3,66

Top 20 2005

Nivel I (No docente con menos de 1000 partos)		Nivel II (No docente con 1000 partos o más)		Nivel III (Hospitales docentes)	
San Bernabé	Barcelona	Manacor	Balears	Son Dureta	Balears
L'esperit Sant	Barcelona	Son Llatzer	Balears	Parc Taulí	Barcelona
Virxe da Xunqueira	A coruña	Asil de Granollers	Barcelona	Mutua de Terrasa	Barcelona
Marti i Julia	Girona	Consorci Sanitari	Barcelona	Jiménez Diaz	Madrid
CampdevànoI	Girona	Integral		Alcorcón	Madrid
Palamós	Girona	General del Vic	Barcelona	Matemo Insular	Gran Canaria
Requena	Valencia	Fuenlabrada	Madrid	Basurto	Vizcaya

Conclusiones

La creación de estándares de calidad según niveles asistenciales es una herramienta útil de evaluación de la asistencia al parto y permite comparaciones intercentros, que puede servir como estímulo en la mejora de la práctica clínica.

Bibliografía

Hospitales top 20 Benchmarks de Obstetricia. Consultado (1-09-07). Disponible en: www.iasist.com/top20/Top20_2005/Top20_2005_OBS/publicacion_obstetricia_2005.pdf

PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es una dimensión de toda persona, como tal está presente en todas las etapas de la vida. Según la UNESCO (1971) los adolescentes tienen derecho a recibir una educación sexual científica, como parte de su formación escolar y especialmente los colectivos más desfavorecidos y marginados.

La **matrona** debe asumir y responsabilizarse de la adquisición de conocimientos y capacitación de los jóvenes en el terreno de la sexualidad, adoptando un papel activo en su formación.

OBJETIVOS

- Informar sobre hábitos y conductas sexuales saludables.
- Proporcionar conocimientos sobre métodos anticonceptivos para prevenir ETS y embarazos no deseados.
- Aclarar dudas y falsos mitos relacionados con la sexualidad.

DESARROLLO

Las sesión de educación sexual se llevaron a cabo en el Centro Social de la localidad de Espinardo (Muncia) con un grupo de adolescentes, la mayoría de etnia gitana, de entre 13 y 17 años .

Para la puesta en marcha fue necesario elaborar una programación curricular donde se definieron los contenidos educativos, objetivos y metodología a seguir. Se desarrolló en una sesión teórico-práctica de 2 horas de duración.

Los **contenidos** que englobaba el programa eran:

- Anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino.
- Definición de planificación familiar.
- Anticoncepción.
- Enfermedades de transmisión sexual
- Mitos y realidades relacionados con la sexualidad.
- Practica: forma de uso del preservativo.



EVALUACIÓN

Tanto al inicio como al final de las sesiones se realizó una evaluación de los conocimientos mediante un cuestionario relacionado con los contenidos de la sesión, para conocer si se habían alcanzado los objetivos propuestos, por medio de un Pretest y postest.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los **test** realizados por los asistentes muestran los siguientes resultados:

- Los preguntas acertadas en el postest aumentan de un 47,7% frente a un 55,8% en el pretest.
- Los respuestas erróneas en el pretest disminuyen de un 27% frente a un 21,6% en el pretest.
- Las preguntas no contestadas en el pretest disminuyen de un 6,3% a un 3,6% en el pretest.

Esta experiencia educativa pone de manifiesto, por parte de los adolescentes y de los propios profesionales responsables de su salud, la necesidad de una mayor información sobre sexualidad en todas sus dimensiones, de mayores medios y accesibilidad a los métodos anticonceptivos para que se responsabilicen de su propia sexualidad.

Maniobras de protección del periné utilizadas en el periodo expulsivo del parto

1. B. Arredondo López, 2. H. Hurtado Campos, 3. B. Calvo Rodríguez, 2. I. Ruiz Arcos
 Matronas 1. Hospital San Juan de la Cruz, Úbeda, 2. Hospital Torrecárdenas, Almería,
 3. Materno-Infantil Carlos Haya, Málaga

Antecedentes

Actualmente son muchas las mujeres que optan por un parto natural, deseando entre otras opciones que la matrona que le asista el parto prescinda, siempre y cuando sea posible, de realizar una episiotomía.

Es en el momento del desprendimiento de la cabeza fetal cuando la matrona valora la distensibilidad perineal y evita realizar episiotomía o la producción de desgarros, utilizando para ello distintas técnicas y maniobras de protección del periné 3.

Objetivos

Dar a conocer las distintas técnicas de protección utilizadas en el periodo expulsivo y evaluar la incidencia de trauma perineal de las mismas.

Material y métodos

Revisión bibliográfica efectuada en las bases de datos Medline, Cinahl y Cochrane, con los términos "trauma perineal", "cuidados periné" y "periné expulsivo", sin límite de fecha.

Resultados

Las técnicas descritas y más utilizadas por las matronas son:

- 1º. "Manos encima": una mano protege el periné, la otra controla la deflexión de la cabeza fetal.
- 2º. "Sujetar con firmeza": presión ligera de la cabeza, controlando la deflexión, sin tocar el periné.
- 3º. Maniobra de Ritgen: presión de la cabeza hacia arriba y adelante por medio de los dedos aplicados al periné.
- 4º. Masaje del mismo.

Los resultados de un estudio de investigación 1 son:

- *Manos encima*: mayor riesgo de desgarros de III grado y mayor número de episiotomías.
- *Sujetar con firmeza*: previene intervenciones quirúrgicas innecesarias.

Consideran la isquemia perineal, causada por la intervención manual, un importante factor de riesgo en el trauma perineal severo.

Conclusiones

La matrona facilitará a la mujer que adopte la postura deseada y procurará la distensión progresiva del periné y del anillo vulvar en los últimos pujos.

No hay evidencia científica en la lubricación, aplicación de compresas húmedas o el masaje perineal previo, relacionado con la disminución de riesgo del daño perineal 3.

Sin embargo, **la no protección del periné y el desprendimiento muy lento de la cabeza fetal, lo preservan y son unas maniobras consideradas seguras y efectivas**, aunque requieren entrenamiento y educación 1.

PUJOS ESPONTÁNEOS VS DIRIGIDOS

Beatriz Calvo Rodríguez(1), Inmaculada Ruiz Arcos (2), Beatriz Arredondo López(3), M^a Helena Hurtado Campos (2); (1)Matrona Hospital Materno- Infantil Carlos Haya. (Málaga), (2) Matrona Complejo Hospitalario Torrecárdenas. (Almería); (3) Matrona Hospital San Juan de la Cruz. (Úbeda, Jaén).

ANTECEDENTES

Hay dos métodos para el manejo del periodo expulsivo. El más utilizado habitualmente consiste en indicar a la mujer que empuje una vez alcanzada la dilatación completa realizando pujos dirigidos en apnea, con una duración aproximada de 10 segundos. El otro consiste en esperar hasta que la mujer sienta la necesidad de empujar debido al descenso pasivo de la cabeza y animarla a realizar los pujos de forma fisiológica, con la glotis abierta y realizando 3 ó 4 pujos de 6 a 8 segundos de duración por contracción. 1

OBJETIVOS

Dar a conocer los efectos que tienen sobre la madre y el feto ambos tipos de manejo del periodo expulsivo

MATERIAL Y METODOS

Revisión bibliográfica efectuada en la base de datos Medline con los términos: second-stage labor, apnea push y delivery sin limite de fecha, mediante el servicio Pubmed, usando los que aportaban más novedades de todos los encontrados

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Existe evidencia de que posponer los pujos hasta que la mujer sienta la necesidad de empujar y de que lo haga de forma fisiológica, es beneficioso tanto para la madre, disminuyendo la fatiga y las alteraciones hemodinámicas causadas por los pujos en apnea, como para el feto, al disminuir la fase de mayor estrés.

Es importante que la matrona conozca las repercusiones de cada método, con el fin de proporcionar una óptima atención en el parto.

RESULTADOS

♦ **Duración del periodo expulsivo:** en todos los estudios revisados se observó un incremento en la duración de esta etapa cuando los pujos se realizaron de manera espontánea, sin embargo el tiempo desde que la mujer comienza los pujos hasta que finaliza el expulsivo (fase de mayor estrés fetal) es significativamente menor. 2, 3, 4

♦ **Alteraciones en el patrón FCF:** se produjeron mayor número de alteraciones cuando los pujos se realizaron de forma dirigida. 1, 3, 5

♦ **Valores de pH fetal y puntuaciones Apgar:** no existe unidad de criterios acerca de la repercusión que uno u otro método pueden tener en los valores de ambos parámetros. 2, 3, 4, 5

♦ **Saturación fetal de oxígeno:** existe un descenso en la SpO₂ cuando los pujos se realizan de forma dirigida. 5, 6

♦ **Tasa de partos instrumentales:** No se observa diferencia entre el número de partos instrumentales realizados cuando se practica uno u otro método. 2, 5

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Kathleen Rice Simpson, PhD, RNC, FAAN . When and How to Push: Providing the Most Current Information About Second-Stage Labor to Women During Childbirth Education. J Perinat Educ. 2006 Fall; 15(4): 6-9.
- 2.- Christine L. Roberts, Sirenda Tonvaldsen, Carolyn A. Cameron, Emily Olive Delayed versus early pushing in women with epidural analgesia: a systematic review and meta-analysis. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology.(2004) 111 (12), 1333-1340.
- 3.- Susan L. Hansen, MS, CNM, Steven L. Clark, MD and Joyce C. Foster, PhD, CNM Active Pushing Versus Passive Fetal Descent in the Second Stage of Labor: A Randomized Controlled Trial. By the American College of Obstetricians and Gynecologist. January 2002 99(1): 29-34
- 4.- Thomson AM. Pushing techniques in the second stage of labour. J Adv Nurs. Febrero 1993; 18(2):171-7
- 5.- Simpson KR, James DC Effects of immediate versus delayed pushing during second-stage labor on fetal well-being: a randomized clinical trial. Nurs Res. 2005 May-Jun 54(3):149-57
- 6.- Crutenden J. To push or not to push?. Mod Midwife. Diciembre 1995 ;5(12):31-2.

Inmigración y lactancia materna.

Autoras: García López, M. A.; Ros Bas, O.; Centro Salud Mazarrón, Área II, Cartagena (Murcia)

Introducción y objetivos:

En los últimos años ha habido un gran aumento de familias inmigrantes en nuestra zona de salud lo que supone un nuevo reto para la atención sanitaria.

En este estudio queremos conocer la tasa de Lactancia Materna Exclusiva (LME) de la zona de salud, así como la influencia del origen materno y establecer un punto de partida para nuestro trabajo diario.

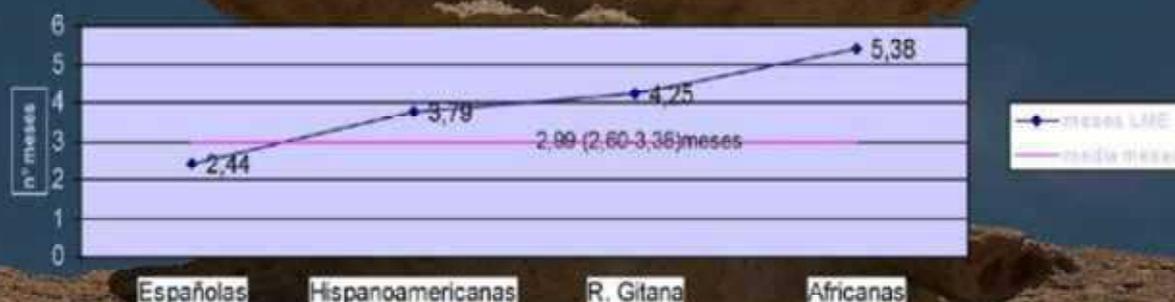
Método:

Estudio descriptivo transversal.

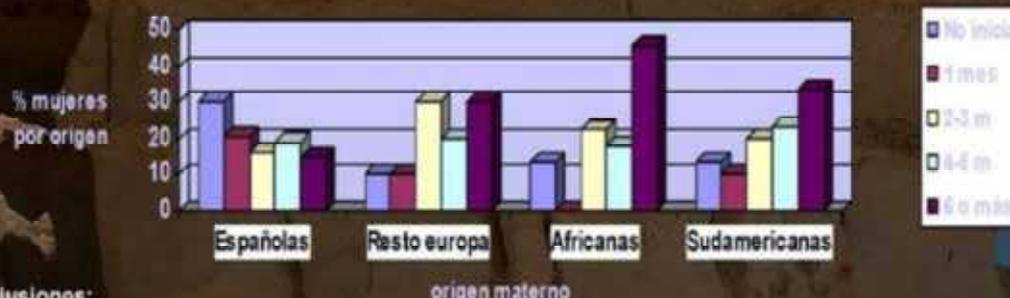
Se realizó una encuesta a las 212 madres, de los niños que acudieron a revisión de 15 meses dentro del Programa Niño Sano del Centro de Salud.

Resultados:

Media de meses de LME según origen materno.



Meses de LME según origen materno



Conclusiones:

El tiempo medio de LME es de 2,99 meses, llegando a los 6 meses que recomienda la OMS tan solo el 21,3% de los niños.

Contamos con una población de origen muy variado donde un 33,7% de niños son hijos de padres inmigrantes, siendo las mujeres africanas las que más lactan, con un índice muy cercano a las recomendaciones de la OMS, seguidas por la etnia gitana que tiene muy arraigadas las tradiciones culturales, seguidas de las mujeres de origen hispanoamericano. El índice más bajo de LME lo tienen las mujeres españolas.

Se hacen necesarias medidas de apoyo y promoción de la LME con el fin de aumentar estas cifras.

Bibliografía:

1. Declaración de Innocent. OMS/UNICEF, 1990.
2. WHO. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. Geneva, World Health Organization, 2001.
3. Paricio Talayero J.M. Lactancia materna. Factores de la pérdida de una cultura. Comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría.
4. Informe Técnico sobre Lactancia Materna en España. Encuesta periódica de prevalencia de Lactancia Materna. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría.
5. Criado Rodríguez, E. Lactancia materna. Retos y condicionantes sanitarios y socioculturales. Estrategia educativa. Rev. Rol de Enfermería 1998; 234:56-63.



Salud Laboral del Colectivo de Matronas en la red Pública Sanitaria Aragonesa.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La creciente demanda creciente sanitaria de calidad. Esto exige una información especialmente en todos los procesos relacionados con el riesgo, como enfermos y parto. Otrera necesidad de mejorar de algún modo la satisfacción y la salud laboral del colectivo de matronas de la Comunidad Autónoma Aragonesa, ya que como otros profesionales, pueden verse afectadas en su actividad profesional y personal y de una manera de sus prácticas y planes de vida. (1)

ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

- Tras algunos autores como Frank Taylor, la satisfacción laboral depende exclusivamente de su buena remuneración, mientras que otros, como Hugo Lippelberg, considerando el papel de la psicología industrial, creyó que además, a menudo que expectativas morales de las personas eran las afines para un determinado punto de trabajo, a veces la empresa puede afectar sobre sus trabajadores para que sean más productivos.
- Así "La satisfacción laboral", puede entenderse como la satisfacción en el trabajo, en la medida en que el trabajador, ve cubiertas sus necesidades e inquietudes que se vinculan, y le permite alcanzar diferentes aspiraciones sociales, personales, económicas..., independientemente de las características personales y las del punto de trabajo y otras variables como responsabilidad, relación compañeros, superiores, alumnos etc.
- Si estas variables no son percibidas o valoradas positivamente por el trabajador, surge un sentimiento de insatisfacción, que puede llevarlo al síndrome del "burn out" o del "suro quemado".

OBJETIVOS

- Objetivo general**
 - Valorar el nivel de satisfacción laboral y personal del colectivo de matronas aragonesas.
- Objetivos específicos**
 - Reflexionar acerca de la influencia de la vida personal en la satisfacción laboral.
 - Analizar la relación existente entre la satisfacción laboral expresada y diferentes variables demográficas y sociales de la población objeto de estudio.
 - Buscar áreas laborales susceptibles de estrategias de mejora.

MATERIAL Y METODO

- Estudio descriptivo y transversal, obteniéndose la información de fuentes primarias mediante cuestionario auto administrado.
- Se procedió a reunir diez centros, ya sanitarios, para medir la satisfacción laboral y personal del colectivo de matronas aragonesas.
- Para el primer ítem se utilizó la escala validada de Ware, Cook y Wall, reducida de "Oversell Job Satisfaction".
- Para el segundo ítem, se usó la escala validada de "para medir la satisfacción personal en mujeres de mediana edad". Incluyendo las variables de filiación, género, edad, estado civil y número hijos. (2)
- El cuestionario se entregó a cada profesional, en un sobre, que sería cerrado para garantizar el anonimato en todo momento.
- Recogidos todos los cuestionarios, se procedió al análisis estadístico de los datos, incluyendo del estudio aquellos formularios que estuvieran debidamente cumplimentados, o bien recogidos fuera de la fecha tope de recogida.

Lugar:
Abarca la totalidad del mapa sanitario público de Aragón, incluyendo atención primaria y especializada, así como algunos tipo de atención entre un nivel más.

Tiempo:
Este estudio se ha desarrollado en seis meses, desde Mayo a Octubre de 2017.

Población:
Matronas de la Comunidad Autónoma Aragonesa, que ejercen su labor en los centros sanitarios públicos de los diez niveles asistenciales.

RESULTADOS. DISCUSION

PERCENTAJE DE ENCUESTADOS POR EDAD, SEXO Y TIPO

Edad	Sexo	Tipología	Nº	%	Edad	Sexo	Tipología	Nº	%
1	1,2	28,7	28,4	7,8	22,6	20,2			
2	6,9	32	28,4	22,6	22,6	20,2			
3	3,7	3,7	3,8	3,7	26,7	42,2	22,6		
4	3,7	11,8	8,8	22,6	18,7	13,3	1,8		
5	3,7	3,7	31,8	18,7	18,2	7,2			
6	1,2	3,8	7,2	26,7	26,2	42,2	1,8		
7	10,7	34,9	3,7	18,2	28,2	13,3	1,8		
8	1,2	34,2	15	7,2	4,8	12,8			
9	9,9	33,8	22,6	22,6	3,7	7,8			
10	22,6	27,7	34,9	34,2	11,2	7,2			
11	13,2	11,8	26,7	26,2	7,2	1,8			
12	13,2	28,1	10,8	8,2	13,2	13,2	1,8		
13	3,7	1,8	34,8	11,2	10,2	13,2	1,8		
14	3,7	3,7	11,2	11,2	11,2	1,8			
15	13,2	11,8	3,7	7,2	7,2	26,6	28,2		

Resultados de la Encuesta de Satisfacción Laboral y Personal

Edad	Sexo	Tipología	Nº	%	Edad	Sexo	Tipología	Nº	%
1	1,2	28,7	28,4	7,8	22,6	20,2			
2	6,9	32	28,4	22,6	22,6	20,2			
3	3,7	3,7	3,8	3,7	26,7	42,2	22,6		
4	3,7	11,8	8,8	22,6	18,7	13,3	1,8		
5	3,7	3,7	31,8	18,7	18,2	7,2			
6	1,2	3,8	7,2	26,7	26,2	42,2	1,8		
7	10,7	34,9	3,7	18,2	28,2	13,3	1,8		
8	1,2	34,2	15	7,2	4,8	12,8			
9	9,9	33,8	22,6	22,6	3,7	7,8			
10	22,6	27,7	34,9	34,2	11,2	7,2			
11	13,2	11,8	26,7	26,2	7,2	1,8			
12	13,2	28,1	10,8	8,2	13,2	13,2	1,8		
13	3,7	1,8	34,8	11,2	10,2	13,2	1,8		
14	3,7	3,7	11,2	11,2	11,2	1,8			
15	13,2	11,8	3,7	7,2	7,2	26,6	28,2		

CONCLUSIONES

- El 50% de las encuestadas son mujeres y el 10% son respuesta de varones.
- Por edades, la Comunidad Aragonesa, tiene una población bastante equilibrada al 40% son de 20-40 años y al 18,3% tienen menos de 30 años. Solo un 23% son mayores de 50 años.
- Las mayores de 50 años, atención está en Primaria, pero un grupo de mayores de 50 años también lo están (quinceañeras a las maternidades).
- Más de la mitad de las encuestadas: el 53,3%, no tienen ningún hijo. Con 1 hijo el 16,6%.
- Casadas, el 48,3%, solteras 33,3% y en pareja 6,6%.
- El tanto por % de personal fijo, como lo mismo que el contratado más el interino.
- La mayoría está contenta con su trabajo, sus horarios y sus diferentes actividades. No lo están con las direcciones, ni con el modo gestione sus procesos.
- Es un colectivo que en general, tiene buena autonomía de sus tareas. Se sienten muy útil para la familia, los amigos y la sociedad en general.

BIBLIOGRAFIA

- Martnez de Viñopal Lantigua, A. "La consideración del síndrome del "burn out" como constitutivo de la contingencia profesional del accidente de trabajo origen de la declaración de incapacidad permanente absoluta". Rev. MEAS, 2005, (39), 213-224.
- Ripoll, E., Falcón M. y Urrutia J. "Factores determinantes de la satisfacción en el trabajo: caso años del bienestar laboral". Revista Índice 2006 pp14-16.

HPV Y SU VACUNA: ELABORACIÓN DE UN FOLLETO INFORMATIVO

Godino Muncharaz, R. López Garrido, B. Fuentes López, N. Villalta Ramón, A. Adalia Martínez, M.A.

El HPV es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres. Con la aparición de la vacuna frente al HPV surge una demanda de información por parte de los usuarios.

Las matronas somos importantes educadores de salud sobre la vacuna y sus indicaciones. Como instrumento de apoyo podemos utilizar un folleto informativo.

OBJETIVO:
Aumentar los conocimientos de la población sobre el HPV y su vacuna
Crear una guía informativa

¿Qué es el HPV?

Es el virus del papiloma humano. Hay más de 100 tipos, algunos producen verrugas en la piel y en los genitales. Ciertos tipos de estos virus pueden producir cáncer de cuello uterino.



¿Cómo se contagia?

Por contacto piel con piel. Los VPH del área ginecológico por contacto anogenital. El preservativo no protege del contagio aunque sí disminuye las recurrencias y la evolución de la infección. Cualquier persona que sea sexualmente activa puede estar infectada por HPV

¿Cómo se manifiesta el VPH?

La mayoría de las veces no se ven las lesiones por HPV. Si la lesión está en la vagina, el cuello uterino o el ano puede no verse. Las lesiones no duelen y raramente producen algún síntoma. En los casos en que aparezca alguna molestia, una verruga o alguna alteración en la piel es importante consultar con la matrona o ginecólogo.

¿Cómo se puede saber si estoy contagiado?

Las verrugas por HPV pueden detectarse en el examen ginecológico anual. La citología de control hace sospechar un HPV y si es el caso, se procederá a un examen más exhaustivo para determinar su existencia.

RESULTADO

La aceptación mayoritaria del folleto respecto a su diseño, información y comprensión ha sido calificada de muy buena.

CONCLUSIONES

La reciente incorporación de la vacuna en los distintos calendarios vacunales provoca una mayor demanda de información ante la que los profesionales no podemos quedar impasibles.

¿Qué es la Vacuna Contra el VPH?

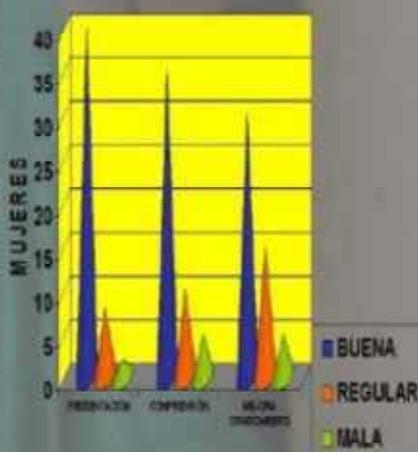
Es una vacuna que ofrece protección frente a la infección por los tipos de HPV que pueden producir cáncer y verrugas genitales. Consiste en 3 dosis administradas en un periodo de 6 meses.

¿Quién puede vacunarse?

El mejor momento para administrar la vacuna contra el VPH es antes del comienzo de la vida sexual activa, aunque también puede administrarse una vez iniciado la actividad sexual e incluso habiendo adquirido una infección previa por VPH. De momento está indicada en mujeres menores de 26 años.



VALORACIÓN DEL FOLLETO



¿Después de la vacuna necesito hacerme la citología anualmente?

Sí, ya que la vacuna sólo protege contra el 70% de los tipos de HPV que producen cáncer cervical.

¿La protección es permanente o necesito dosis de refuerzo?

Todavía está pendiente de estudio saber la duración de la protección de la vacuna y si es necesario dosis adicionales

PINZAMIENTO PRECOZ O TARDIO DEL CORDÓN UMBILICAL

PALABRAS CLAVE

Pinzamiento Precoz

Interrupción de la circulación sanguínea del cordón umbilical durante los primeros minutos o horas siguientes después de la salida total del feto.

Pinzamiento Tardío

Interrupción de la circulación sanguínea del cordón umbilical realizada entre los días a tres minutos de la salida total del feto y hasta que sepa de leche.

Cordón umbilical

Una al feto con la placenta, su función principal es transportar la sangre entre el feto y placenta donde se produce el intercambio de oxígeno, nutrientes y eliminación de productos de desecho.

JUSTIFICACIÓN

La falta de evidencia relacionada con el momento óptimo del pinzamiento del cordón umbilical puede justificarse en la salud de las madres y los recién nacidos tanto a corto como a largo plazo, por ello el objetivo de este proyecto de investigación es conocer entre beneficiarios y riesgos asociados de dicho pinzamiento. Este trabajo de investigación incluye una evaluación interdisciplinaria, entre la medicina perinatal y neonatológica, desde el momento de la separación de los recién nacidos sus cuidados hasta los tres años, para poder sacar conclusiones.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

• Conocer las repercusiones maternas y neonatales del pinzamiento precoz y tardío del cordón umbilical, seleccionando el mejor momento sobre el momento estándar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

• Valorar el grado de hemorragia postparto maternal y la duración del sangrado como consecuencia del pinzamiento precoz y tardío.
• Valorar las repercusiones neonatales del pinzamiento precoz o tardío, midiendo los siguientes parámetros: Test de Agos, anemia, ictericia y función hepática.

HIPÓTESIS

El pinzamiento tardío del cordón umbilical se repercute en el Test de Agos, estado de la función respiratoria, en aumento los niveles de bilirrubina.

El pinzamiento tardío del cordón umbilical mejora los niveles de hierro, hemoglobina y hematocrito neonatales y infantiles.

El pinzamiento tardío del cordón umbilical no aumenta la hemorragia postparto en el tiempo de sangramiento.

ANEMIA FERROPÉNICA Y SUS CONSECUENCIAS

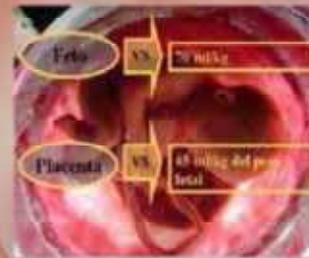
Dat. hematológicas más frecuentes en lactantes y edad infantil

Anemia se acompaña aumentando peso, actividad, letargia, ictericia, distensión abdominal y JVC

Disminución de la hemoglobina, puede afectar atención, actividad y capacidad de aprendizaje niños y adolescentes

Con ferropenia materna grave, prematuridad y ligeros pinzamientos, depósitos de hierro neonatales

EL FETO Y EL CORDÓN UMBILICAL



El pinzamiento > 60 s.	
Anemia de VIF 50%	
Hemorragia	Hierro
Al nacer: 0,5%	A los 30 s: 25 mg
A los 2-4 h: 0,55	A los 60 s: 40 mg
	A los 180 s: 60 mg

ESPACIO Y POBLACIÓN

El proyecto de investigación se llevará a cabo en el Hospital Universitario Miguel Serret de Zaragoza, en el servicio de Obstetricia-Ginecología, que atiende a la población del Sector II, con unos 45-52 partos fisiológicos e instrumentados, tanto a término (39 y posparto) al año (2007) y en el área de Atención Primaria de dicho sector. Se incluirán en el estudio. Gestantes con embarazo de bajo riesgo, primíparas o multiparas, con parto espontáneo y recién nacidos a término, nacidos entre la semana 37 y 42, con peso entre 2500-4000 g., y Agos al nacer > 8.

METODOLOGÍA

- Estudio observacional longitudinal prospectivo
- Se realizará un análisis estadístico de los datos, comparando los resultados obtenidos con las técnicas de pinzamiento precoz o tardío.
- Las técnicas de recogida de datos serán la observación directa y las hojas de registro elaboradas para el uso de la epidemiología y atención primaria.

PINZAMIENTO DEL CORDÓN EN PREMATUROS

De lo que se sabe hay más consenso con relación a los beneficios o riesgos de el beneficio del pinzamiento tardío en los prematuros, un retraso de entre 30 y 120 segundos en el pinzamiento del cordón umbilical con un tiempo de pinzamiento como a 57 semanas parece ser mejor que un pinzamiento dentro de los 30 primeros segundos, ya que el pinzamiento tardío se asocia con una reducción del riesgo de hemorragia intracerebral y una mayor necesidad de transfusiones de sangre (Gale K, 2007:7).



CONCLUSIONES

El pinzamiento tardío del cordón umbilical

- Es una intervención simple y de bajo costo
- No supone riesgos para la madre y el recién nacido
- Adaptación progresiva del bebé a la vida extruterina
- Facilita el vínculo madre-hijo
- Aumenta satisfacción emocional de la madre
- Podría disminuir la incidencia de anemia ferropénica en edad infantil.



FINANCIACIÓN:
 • Proyecto de Investigación de la Universidad de Zaragoza, 2007.
 • Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
 • Hospital Universitario Miguel Serret de Zaragoza, 2007.
 • Servicio de Obstetricia-Ginecología, Hospital Universitario Miguel Serret de Zaragoza, 2007.
 • Servicio de Neonatología, Hospital Universitario Miguel Serret de Zaragoza, 2007.
 • Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Miguel Serret de Zaragoza, 2007.
 • Servicio de Anestesiología, Hospital Universitario Miguel Serret de Zaragoza, 2007.
 • Servicio de Radiología, Hospital Universitario Miguel Serret de Zaragoza, 2007.
 • Servicio de Laboratorio, Hospital Universitario Miguel Serret de Zaragoza, 2007.
 • Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Miguel Serret de Zaragoza, 2007.
 • Servicio de Nutrición, Hospital Universitario Miguel Serret de Zaragoza, 2007.
 • Servicio de Psicología, Hospital Universitario Miguel Serret de Zaragoza, 2007.
 • Servicio de Enfermería, Hospital Universitario Miguel Serret de Zaragoza, 2007.
 • Servicio de Fisioterapia, Hospital Universitario Miguel Serret de Zaragoza, 2007.
 • Servicio de Logopedia, Hospital Universitario Miguel Serret de Zaragoza, 2007.
 • Servicio de Trabajo Social, Hospital Universitario Miguel Serret de Zaragoza, 2007.
 • Servicio de Atención Primaria, Hospital Universitario Miguel Serret de Zaragoza, 2007.
 • Servicio de Atención al Paciente, Hospital Universitario Miguel Serret de Zaragoza, 2007.
 • Servicio de Información al Paciente, Hospital Universitario Miguel Serret de Zaragoza, 2007.
 • Servicio de Gestión de Calidad, Hospital Universitario Miguel Serret de Zaragoza, 2007.
 • Servicio de Gestión de Recursos Humanos, Hospital Universitario Miguel Serret de Zaragoza, 2007.
 • Servicio de Gestión de Recursos Económicos, Hospital Universitario Miguel Serret de Zaragoza, 2007.
 • Servicio de Gestión de Recursos Tecnológicos, Hospital Universitario Miguel Serret de Zaragoza, 2007.
 • Servicio de Gestión de Recursos Ambientales, Hospital Universitario Miguel Serret de Zaragoza, 2007.
 • Servicio de Gestión de Recursos Culturales, Hospital Universitario Miguel Serret de Zaragoza, 2007.
 • Servicio de Gestión de Recursos Sociales, Hospital Universitario Miguel Serret de Zaragoza, 2007.
 • Servicio de Gestión de Recursos Educativos, Hospital Universitario Miguel Serret de Zaragoza, 2007.
 • Servicio de Gestión de Recursos Deportivos, Hospital Universitario Miguel Serret de Zaragoza, 2007.
 • Servicio de Gestión de Recursos Artísticos, Hospital Universitario Miguel Serret de Zaragoza, 2007.
 • Servicio de Gestión de Recursos Científicos, Hospital Universitario Miguel Serret de Zaragoza, 2007.
 • Servicio de Gestión de Recursos Tecnológicos, Hospital Universitario Miguel Serret de Zaragoza, 2007.
 • Servicio de Gestión de Recursos Ambientales, Hospital Universitario Miguel Serret de Zaragoza, 2007.
 • Servicio de Gestión de Recursos Culturales, Hospital Universitario Miguel Serret de Zaragoza, 2007.
 • Servicio de Gestión de Recursos Sociales, Hospital Universitario Miguel Serret de Zaragoza, 2007.
 • Servicio de Gestión de Recursos Educativos, Hospital Universitario Miguel Serret de Zaragoza, 2007.
 • Servicio de Gestión de Recursos Deportivos, Hospital Universitario Miguel Serret de Zaragoza, 2007.
 • Servicio de Gestión de Recursos Artísticos, Hospital Universitario Miguel Serret de Zaragoza, 2007.
 • Servicio de Gestión de Recursos Científicos, Hospital Universitario Miguel Serret de Zaragoza, 2007.

Arrixaca

Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca"

Introducción:

La lactancia materna es un fenómeno biológico pero también mediatizado por los valores socioculturales, que influyen poderosamente en su práctica. En general en las sociedades tradicionales y en vías de desarrollo su prevalencia es alta mientras que en las sociedades desarrolladas ha ido disminuyendo progresivamente con el paso del tiempo.

Objetivos:

General:

Conocer la influencia y el cambio cultural en la decisión de amamantar a sus hijos de la mujer ecuatoriana.

Específicos:

Investigar las causas influyentes en su decisión.
Grado de asesoramiento y apoyo recibido.



Método:

El presente trabajo de campo se ha llevado a cabo en tres fases:

1. Realización de un proyecto de investigación etnográfica.
2. Desarrollo de la investigación mediante entrevistas a un total de 66 personas (54 mujeres ecuatorianas, 3 matronas de los diferentes centros de salud, 3 matronas del hospital y 2 médicos de familia).
3. Triangulación de los datos para verificar su validación.

LOS FACTORES SOCIO-CULTURALES QUE INFLUYEN NOTABLEMENTE EN LA LACTANCIA MATERNA



Resultados:

- El periodo de amamantamiento en Ecuador es el siguiente:
- El 96% de las entrevistadas dieron lactancia materna un mínimo de 6 meses.
- El 60% de ellas llegaron incluso hasta el año o más.
- En cuanto a las causas la gran mayoría apuntó a déficit de recursos económicos.
- El periodo de amamantamiento aquí en España es el siguiente:
- El 80% han abandonado la lactancia materna durante el primer mes.
- Tan sólo el 15% han logrado a dar cuatro meses.
- Ninguna de las mujeres entrevistadas ha superado los 6 meses.
- En cuanto a las causas la gran mayoría apuntó a la incorporación a su puesto de trabajo.



Conclusiones:

El cambio cultural, en el caso de las mujeres ecuatorianas ha influido negativamente en la lactancia materna.

Autores: J. Córdoba Gil*, M.C. Martínez Muñoz**, M. Ruiz Hernández**, N. Alazar Contreras***, M.T. Contreras Gil****

*Matronas del Hospital Virgen de la Arrixaca, **Matrona de Centro de Salud La Alborosa, ***Estudiante de Enfermería de la Escuela U de Enfermería de Murcia, ****Auxiliar de Enfermería de H. U. Morales-Mosquera

