

XIII CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS



ASOCIACION ESPAÑOLA DE MATRONAS

ALICANTE 2008

ACREDITACIÓN

Le NOTIFICO que la actividad docente de formación continuada

Nº de expediente:	08 - 3373
Denominación:	XIII Congreso Nacional de Matronas
Sede:	Alicante
Fecha Inicio:	16/10/2008
Fecha Finalización:	19/10/2008

Tras completar el proceso de evaluación, fue informada **favorablemente** por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid.

En atención a este dictamen, el lmo. Sr. Director General de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios emitió la Resolución de fecha 28/11/2008 que **ACREDITA** la actividad docente anteriormente citada con:

4,8-créditos

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

1º Cumplimiento estricto, por parte de la entidad proveedora, de los datos sobre la actividad que figuran en la solicitud de acreditación y que han servido para otorgar ésta y de los requerimientos de documentación que, en su caso y para comprobar dichos datos, le haga la Secretaría Técnica de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid.

2º Los proveedores solicitantes de la actividad sólo podrán utilizar el logotipo de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid (pueden copiarlo de la página web) en la publicidad del curso acreditado y no junto a otros cursos no acreditados que realice la misma entidad. Tampoco puede hacer uso de dicho logotipo antes de conocer los resultados positivos de su solicitud de acreditación. Asimismo deberá incluir el texto "Actividad acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid (SNS)" con el número de expediente y el número de créditos en los certificados de asistencia/aprovechamiento de los participantes.

No se puede hacer ninguna otra referencia a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid, salvo las mencionadas. Le recuerdo también la plena responsabilidad de su Institución en el cumplimiento estricto de las condiciones expresadas en su solicitud, y en base a las cuales se ha otorgado la presente acreditación.

Contra la citada Resolución podrá anteponerse recurso de reposición, en el plazo de un mes, ante el mismo órgano que dictó el acto; o bien, directamente recurso contencioso-administrativo ante el órgano judicial de este orden competente.

En Madrid a 1 de Diciembre 2008

Fdo: Dra. Montserrat Castejón Casado
Secretaría Técnica de la Comisión



Dña. Dña. María Angeles Rodríguez Rosalén Presidenta Asociación Española de Matronas Avda. Menéndez Pelayo, 93,3 28007 Madrid Madrid.

RE-N1-AA-07



SALIDA DE UNIDAD
Ref:07/764101 9/16 Fecha:02/12/2008 13:53



Consejería de Sanidad
Area Acreditacion
Destino: ASOC. ESPANOLA MATRONAS

XIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Matronas

Alicante 16, 17, 18 y 19 de octubre de 2008

“Mujeres y matronas para un futuro mejor”



Palacio de Congresos de Alicante

PRESIDENCIA DEL COMITÉ DE HONOR

Molt Honorable
Sr. D. Francisco Enrique Camps Ortiz
Presidente de la Generalitat Valenciana

MIEMBROS

Excmo. Dña. Sonia Castedo Ramos
Alcaldesa de la Ciudad de Alicante

Honorable Sr. D. Manuel Cervera Taulet
Consejero de Sanidad de la Comunidad Valenciana

Ilmo. Sr. D. Luis Eduardo Rosado Bretón
Secretario Autonómico de Sanidad de la Comunidad Valenciana

Ilma. Sra. Dña. Celia Ortega Ruiz
Directora General de la Mujer y por la Igualdad. Conselleria de Bienestar Social de la Comunidad Valenciana

Excmo. D. Alejandro Soler Mur
Alcalde de la Ciudad de Elche

Dña. Sagrario Mateu Sanchis
Jefa del Servicio de Salud de la Mujer y del Niño.
Dirección General de Salud Pública. Ministerio Sanidad y Consumo.

D. José Antonio Ávila Olivares
Presidente del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)

D. Antonio Arroyo Guijano
Presidente del Ilustre Colegio de Médicos de Alicante

Dña. Belén Paya Pérez
Presidenta del Ilustre Colegio de Enfermería de Alicante

COMITÉ ORGANIZADOR**Presidenta**

Concepción Martínez Pastor

Vicepresidenta

Maribel Castelló López

Secretaria

Montse Angulo Perea

Vocales

Elena Annada González

Carmen Cuadrado

Vico Eguizabal Abad

Teresa M^a Martínez Mollá

Clara Moreno Llopis

Vega Ortiz García

Ana Querol Hernández

Irene Sayas Ortiz

COMITÉ CIENTIFICO**Presidenta**

Rosa M. Plata Quintanilla

Vicepresidenta

Reme Climent Navajas

Secretaria

Isabel Egués Jimeno

VocalesM^a José Alemany Sánchez

Laura Fiterá Iamas

Milagrosa González Rodríguez

Maite del Hierro Gurruchaga

M^a José García Junquera

Ana Martínez Molina

Elena Rodríguez Herrero

Modesta Salazar Agulló

DIRECCION DEL CONGRESOM^a Angeles Rodríguez Rozalén

PROGRAMACIÓN

Día 16

10,00-14,00h.- Registro de congresistas. Entrega de documentación.

15,00-17,30h.- Comunicaciones libres (2 Salas alternativas).

17,30-18,00h.- Conferencia Histórica

Salud Materno- Infantil y papel de las matronas en el programa "Al servicio de España y del niño español".

Dña. Modesta Salazar Agulló

Matrona Universidad de Alicante/ CEU Elche.

18,00-18,30h.- Coffee-break.

18,30-19,30h.- ACTO INAUGURAL.

19,30-20,15h.- CONFERENCIA INAUGURAL.

"La Matrona agente de salud para la mujer".

Dr. D. Luis Rosado Bretón

Secretario Autonómico de Sanidad. Director Agencia Valenciana de Salut. Consellería de Sanidad

20,30-23,00h.- Salida Cóctel de Bienvenida. Castillo de Santa Bárbara.

(Con transporte desde el Palacio de Congresos y hasta los tres hoteles elegidos por la organización).

Día 17 - Mañana

TEMÁTICA - OBSTETRICIA GINECOLOGÍA

Moderadoras:

Dña Sofia Gotor Colas. Presidenta de la Asociación Aragonesa de Matronas.

Dña. Herme Mataix Mataix. Supervisora Área de Partos Hospital General Universitario de Alicante.

PLAN NACIONAL DEL PARTO DE BAJO RIESGO.

Innovaciones asistenciales en el parto de bajo riesgo. Un ejemplo pionero: Comunidad Valenciana.

09,00- 09,20h.- Recursos y procedimientos necesarios para la asistencia del parto de bajo riesgo"

Dña. Josefa Inés Santamaría Castañer

Matrona. Hospital "Virgen de los Lirios" Alcoi (Alicante).

09,20-09,40h.- Experiencia informativa. Difusión de la asistencia al parto en el Hospital General de Alicante.

Dña. M^a Paz de Miguel Ibáñez
Matrona Hospital General de Alicante.

09,40-10,00h.-Parto sin ingreso

Dña. Patricia Ibáñez Blanes
Matrona Hospital

10,00-10,20h.- Asistencia del parto de bajo riesgo: una experiencia de tres años.

Dr. D. Manuel Fillol Crespo
Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital de la Plana.

10,20-10,40h.- Nuevos requerimientos arquitectónicos y de amueblamiento para las maternidades.

Dña. Caty Cediel
Matrona. Supervisora Hospital Fundación Alcorcón. (Madrid).

10,40-11,00h.-Comparando experiencias. El papel de la Matrona sueca en el parto.

Maternidad Karolinska/Huddinge.
Dña. Astrid Börjesson
Matrona. Hospital Karolinska Huddinge.

11,00h. PAUSA CAFE

11,20-11,40h.- Controversia Vacuna H. P. V.

D. Juan C. Martínez Escoriza
Jefe de Obstetricia y Ginecología del Hospital General de Alicante.

11,40-12,10h.- La salud laboral de las Matronas

D. Juan Antonio González Sabaté
Presidente de la Sociedad Nacional de Salud, Ambiente laboral y prevención de riesgos. Sección Salud Laboral Diputación de Valencia. Miembro de la Comisión de Formación Continuada y de Investigación de Enfermería de la Comunidad Valenciana.

12,10-12,30h.- COLOQUIO

Moderadoras:

Dña. M^a Jesús López Valiño. Presidenta de la Asociación Gallega de Matronas
Dña. Clara Moreno Llopis. Matrona del SVS.

12,30-13,00h.- Euromatronas

D. Vitor Varela
Matrona. Delegado Regional de la Confederación Internacional de Matronas (ICM) para el Sur de Europa.

13,00.-13,30h.- Probióticos de uso vaginal: tratamiento preventivo y coadyuvante

D. Juan Carlos Martínez Escoriza
Jefe de Obstetricia y Ginecología del Hospital General de Alicante.

13,30-14,00h.- Bacterias amistosas a favor de la vida,
Probióticos para la prevención en salud.

D. Joaquín Matz

Matrona. A.P. Madrid.

14,00-14,10h.- COLOQUIO

14,10h.- REFRIGERIO

15,00-16,00h.- Encuentro de Residentes.

Con esta iniciativa el Comité Organizador de este Congreso desea promover el intercambio entre los E.I.R. que asistan al mismo. Se les facilitará una sala para el encuentro.

Día 17 - Tarde

16,00-16,30h.- ACTUALIDAD PLAN NACIONAL DE SANGRE DE CORDÓN.*

Dr. Rafael Matesanz Acedos

Director Organización Nacional de Trasplantes (O.N.T.)

Presidente de la Comisión Europea de Trasplantes.

RUEGOS Y PREGUNTAS

16,40-18,40h.- TALLERES SIMULTÁNEOS

18,40-18,00- PAUSA CAFÉ

19,00-19,30h.- Consenso Mundial en el manejo del puerperio

Dr. D. Manuel Albi González

Jefe de Obstetricia y Ginecología del Hospital Fundación Alcorcón (Madrid).

19,30-20,30h.- Comunicaciones

Sesión Pósteres

(Programa de Comunicaciones y Relación de pósteres, al final del folleto)

Día 18 - Mañana**TEMÁTICA - PATERNIDAD**

Moderadoras:

Dña. M^ª José Alemany Sánchez. Matrona SVS.

Dña. Ana Querol Hernández. Matrona SVS

09,00-09,20h.- "Incorporación de los padres a los programas de Educación Maternal. Experiencia en la Comunidad de Madrid".

Dña. Matilde Fernández Fernández- Arroyo

Matrona. Socióloga. Profesora U. Docente de Matronas Madrid

09,20-09,40h.- Paradojas de la función materna- paterna y relación con el RN.

Dña. Rosario León Ruiz, - Dña Ruth Pinkasz

Psicólogas Clínicas.

CONOCIMIENTO Y VALORACIÓN DE LA MATRONA A TRAVÉS DE LA EXPERIENCIA DE LA PATERNIDAD

El mismo punto de vista desde diferentes ópticas

09,40-10,00h.- *Dña. Lourdes Alcañiz March.*

Periodista, Escritora. Redactor jefe del portal internacional BabyCenter Español, y responsable del portal BabyCenter en España.

10,00-10,20h.- *D. Federico Juárez Granados.*

Licenciado en Enfermería. Master en Ciencias de la Enfermería. Diploma de Estudios Avanzados en el programa de doctorado "Práctica y Educación". Universidad de Alicante.

10,20-10,40h.- *D. Álvaro Santos Romero*

Periodista. Presentador de Tele-Madrid.

10,40-11,00h.- El «por qué» de los comportamientos durante la crianza y el proceso educativo.

Dña. M^ª José Domínguez Díaz.

Psicólogo Clínico. Psicoterapeuta. Presidenta de la Fundación PSIME

11,00-11-20h.- PAUSA CAFE

11,20-11,40h.- Violencia de Género y embarazo

D. Oscar Strada Bello

Dr. en Psicología / Psicólogo clínico y Psicoanalista. Jefe de la Concejalía de Bienestar Social de San Juan / Presidente de la Casa de las Américas.

11,40-12,25h.- Papel de la matrona frente al tabaquismo de la mujer*

Dr. Alfonso López García de Viedma

Médico de Familia. Experto en tabaquismo. Prof. de cursos de deshabitación tabáquica (Madrid).

12,25-12,40h.- COLOQUIO

TEMÁTICA - LEGISLACIÓN

Moderadoras:

Dña. Ana Martínez Molina, Matrona SVS

Dña. Isabel Castelló López, Matrona SVS

12,40-13,25h.- Prescripción enfermera. ¿Una discordia razonable?

D. Juan Siso Martín

Doctor en Derecho Público. Subdirector General del Defensor del Menor CC.AA. Madrid.

13,25-14,00h.- Alcance jurídico del consentimiento informado en la asistencia obstétrica

D. Manuel Ángel de las Heras García

Doctor en Derecho. Prof. de Derecho Civil de la Universidad de Alicante.

14,00-14,10h.- COLOQUIO

14,10h.- REFRIGERIO

Día 18 - Tarde

TEMÁTICA - MATRONAS Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Moderadoras:

Dña. Laura Fitera Lamas, Directora U.D.M. de la C. Valenciana.

Dña. Marian Tadeo López, Asociación Canaria de Matronas

16,00-16,20 h.

D. Vicente Martínez Useros

Periodista "El Mundo" Valencia.

16,20-16,40 h.

Dña. Ruth Martínez Antón

Periodista.

16,40-17,00h.- El poder de la Matrona: de lo individual a lo colectivo

D. Oscar García Abaín

Enfermero. Técnico de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de Salud.

MISCELÁNEA

Moderadoras:

Dña. Rosa Mª Plata Quintanilla, Vicepresidenta Asociación Española de Matronas

Dña. Irene Sayas Ortiz, Matrona del SVS.

17,00-17,20h.- Situación de las matronas en el ámbito de clínicas privadas.

Dña. M^a Ángeles Rodríguez Rozalén

Matrona. Presidenta de la Asociación Española de Matronas.

17,20-18,00 h.- ACTUALIDAD EN CONTROL PERINATAL*

Dr. Ángel Aguarón de la Cruz

Jefe de Obstetricia del Hospital General Universitario "Gregorio Marañón" (Madrid).

Prof. Asociado de Ginecología y Obstetricia de la Univ. Complutense de Madrid.

18,00-18,15h.- COLOQUIO

18,15-18,45h.- CLAUSURA OFICIAL DEL XIII-CONGRESO NACIONAL

21,00-03,00h.- CENA. Complejo "Ciudad de la Luz"

Cena Temática "El Cine"/ Opcional Disfraces

La Organización del Congreso desea ofrecer en su cena de congreso una alternativa diferente para dar un toque de originalidad a una noche de entretenimiento en un espacio exclusivo y reservado. Por eso hemos preparado una cena temática dedicada al mundo del cine que, además de incluir un excelente menú, será amenizada con premios, concursos y actividades varias que requerirán la participación ineludible del comensal. Proponemos a los asistentes que se animen a transformarse por una noche y acudan con sus disfraces.

El acceso al lugar del evento, por motivos de seguridad, es restringido y requiere autorización previa se hará exclusivamente en los autobuses facilitados por la Organización. (Salidas/ regreso) desde el lugar que se indique y hasta, los tres hoteles designados por la Organización).

¡Todavía tienes tiempo! Pon tu imaginación a trabajar y prepárate un disfraz, te vas a divertir, y para los más ingeniosos...¡ habrá premios!

**ES IMPRESCINDIBLE HACER LA RESERVA DE CENA HASTA EL 17 DE OCTUBRE
EN LA SECRETARÍA TÉCNICA. (INCLUIDA EN LA CUOTA DE INSCRIPCIÓN)**

Día 19 - Extensión del Congreso

10,00-10,30h.- Salida desde Alicante a la Ciudad de Elche
(Desplazamiento facilitado por la Organización desde tres hoteles designados).

10,30-12,00h.- Jornada de Contacto e Intercambio “Mujeres y Matronas”. La Atención al Parto Normal.

Centro de Congresos de la Ciudad de Elche

Con este encuentro, la Organización del Congreso pretende generar condiciones, para que, a los recursos e ideas que apoyan la reforma sobre la forma de nacer en España, podamos sumar las opiniones y necesidades de las mujeres y las familias.

El debate tendrá como tema monográfico *“La atención al parto normal”*, alrededor del la cual se organizará una sesión abierta de información, diálogo y opinión, que culmine en una puesta en común con el propósito de acercar a las mujeres y a las matronas hacia una misma vía común de trabajo participativo y de colaboración para mejorar asistencia al parto y nacimiento en nuestro país.

12,00-14,00h.- Visita Turística por la Ciudad que, por su singularidad y rico patrimonio forma parte de la Alianza de Ciudades Paisaje Natural Cultural Patrimonio de la Humanidad

14,00-16,00h.- Cóctel de despedida de congresistas

16,00h.- Regreso a Alicante.

ÉSTA EXTENSIÓN DEL PROGRAMA, REQUIERE CONFIRMACIÓN PREVIA (DÍA 17 POR LA MAÑANA) PARA DISPONER DE EL NUMERO DE AUTOCARES NECESARIOS Y OTRAS PREVISIONES.

DIRIGIRSE A LA SECRETARIA TÉCNICA PARA CONFIRMAR.

SESIÓN COMUNICACIONES SALA AUDITORIO

Jueves, 16 de Octubre 15,00 - 17,30h.

Moderadoras:

Dña. Montserrat Angulo Perea. Matrona. Alicante

Dña. M^a José García Junquera. Matrona. Madrid

15,00-15,10h.

La cuarta fase del parto: contacto precoz piel con piel.

Víudes Coloma M. ¹, Martín Casado A. M. ², Duque Teomiro C. ³, Peña Benito L. ⁴, Beltrán Muñoz C. ⁵

^{1,2,4,5} E.I.R. U.D.M. Toledo; ³ Matrona colaboradora U.D.M. Toledo.

15,10-15,20h.

Las matronas ante el banco privado de sangre de cordón umbilical estado actual, avances y perspectivas de futuro.

Viñas Álvarez M. D. ¹, Iglesias Vilas C. D. ², Paredes Castro E. ³, Ramos Arnosó R. ⁴

¹ Matrona, Unidad Docente de Galicia; ^{2,3,4} Matronas, Centro Materno-Infantil "La Rosaleda".

15,20-15,30h.

Información adquirida por la gestante que acude a Educación Maternal.

Tadeo López M. A. ¹, Medina Ortega I. ²

¹Matrona ², Enfermera C.S. "Guanarteme", (Las Palmas de Gran Canarias)

15,30-15,40h.

Hacia la Educación Maternal del siglo XXI

Paz Pascual M^a C. ¹, Artieta Pinedo I. ², Grandes Odriozola G. ³, Remiro Fdez. de Gamboa G. ⁴, Odriozola Hermosilla I. ⁵.

¹ Matrona, C. Salud "Sestao" Vizcaya. ² Matrona, C. Salud "Baracaldo" Vizcaya.

³ Epidemiólogo, Unidad de Investigación de Atención Primaria, Bilbao, Vizcaya. ⁴ Matrona, C.

Salud "Basauri" Vizcaya. ⁵ Matrona, "Hospital de Basurto" Bilbao, Vizcaya.

15,40-15,50h.

Grupo Mai-Madre. Un plan de asistencia al parto y nacimiento.

Bujeda Blanco E. ¹, Azón López E. ², García Martínez M. ³, Martín-Lorente Moreno L. ⁴, Ezquerro Cordón V. ⁵

¹ Matrona, Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza, ^{2,3,4} Residentes U. D. M ARAGÓN, ⁵ Matrona, Hospital de Tudela.

15,50-16,00h.

Perfil del/de la profesional Matrón / Matrona en hospitales de Sevilla. Percepción, inquietudes y autoestima.

Ruiz Plaza J.M. ¹, Martín Rodríguez P. ², Oscoz Muñoz A. ³, Rodríguez Soto C. ⁴, Hermida Morilla M. ⁵

¹ Matrón, C.S. "Los Montecillos"/C.S. "Campo de las Beatas", ² Matrón, C.S. "S. José de la Rinconada", ^{3,4} Matronas, Hospital de Valme, ⁵ Matrona, Clínica "Sagrado Corazón". Sevilla

16,00-16,10h.

La matrona británica como catalizador del parto normal: legalidades y otros factores facilitadores de su rol.

Pérez Botella M.

Matrona, Royal Blackburn Hospital, East Lancashire Hospitals NHS Trust, Blackburn, Lancashire, Inglaterra.

16,10-16,20h.

Opinión de las matronas y gestantes sobre la asistencia al parto normal en la comunidad autónoma de Madrid.

Feijóo Iglesias M. B.¹, Magdaleno del Rey G.², Martín de Vega R.³, Rodríguez Ferrer R. M.⁴, Vivanco Montes L.⁵

^{1,2,4,5}, Matronas Hospital "La Paz" Madrid; ³, Centro de Salud Algete. Área 5 de Madrid

16,20-16,30h.

Embarazo de alto riesgo, otra forma de parir. (Video)

Martínez Conesa F., Gregorio Álvarez M. P., Sánchez Barroso M. T., Fernández Sánchez M., Gómez López A.

Matronas Hospital "La Inmaculada" (Huércal-Overa). Almería.

16,30-16,40h.

Adaptación de un instrumento al contexto español para medir la calidad de los cuidados en el parto normal basado en las recomendaciones de la OMS. (Cuestionario Q-PNOMS).

Bernabeu Gras M. R.¹, Cerezo Munuera A.², Gavilán Díaz M.³, Gómez Robles F.J.⁴, Muñoz Selva A.⁵

¹ Matrona C. Salud Aspe (Alicante), ² Matrón Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" Murcia, ³ Matrona Complejo Hospitalario "Carlos Haya" Málaga, ⁴ Matrón Hospital General Universitario Alicante, ⁵ Matrona Hospital Universitario Dr. Peset.

16,40-16,50h.

Factores de riesgo de incontinencia urinaria postparto.

Gutiérrez Martín M. J.¹, Vaquero Gajate C.², Fernández Gamazo M.³, Heredero Maté S.⁴

^{1,2,3} Matronas Hospital Universitario "Río Hortera" (Valladolid), ⁴ Matrona Complejo Hospitalario "Río Carrión" (Palencia).

16,50-17,00h.

Prevalencia de alteraciones tiroideas durante el primer trimestre de embarazo en el Departamento 18 de Alicante.

Cantos Vizcaino M. E.¹, Seva Gosalbes Y.², Ayllón Bernal M. A.³

¹ Matrona Hospital General de Elda, ² Matrona Hospital General de Alicante, ³ Matrona, C. Salud Alhama de Murcia.

17,00-17,10h.

Introducción de la analgesia intraparto con óxido nitroso en el hospital de la Inmaculada Huércal-Overa.

Gómez López A., Martínez Conesa F., Ruiz Martínez E., Martín Rodríguez O., García Sánchez C.

Matronas Hospital "La Inmaculada" Huércal-Overa. Almería.

17,10-17,20h.

Estudio experimental sobre la eficacia de la Esferodinamia durante el trabajo de parto.

Delgado García B. E., Miñana Molla A. S., Poveda Bernabeu A.

Matronas H. San Juan Alicante

SESIÓN COMUNICACIONES SALA 2 TV

Jueves, 16 de Octubre 15,00 - 17,30h.

Moderadoras:

Dña Remedios Climent Navajas. Responsable U. D. M - Alicante

Dña. Vico Equizabal Abad. Matrona SVS

15,00-15,10h.

Planes de parto e implantación en el CSC de Granada.

Lemus Mas R. M. ¹, Barrios García M. ², Caño Aguilar Á. ³, García Ros F. ⁴, Ros Castro R. ⁵

^{1,2} Matrona Hospital Clínico "S. Cecilio", ³ FEA Hospital Clínico "S. Cecilio", ⁴ Enfermero H. Clínico "S. Cecilio", ⁵ Matrona, Granada.

15,10-15,20h.

Importancia del "periodo primal" y primera infancia en la prevención de la violencia.

Gómez Ruiz D.

Matrona C.S "Cazona" Santander.

15,20-15,30h.

Masaje perineal antenatal.

Esteban Morón J. L. ¹, López Sierra R. ², Victoria Nieto F. D. ³, Hidalgo Sáez M. ⁴

^{1,2} E.I.R. U.D.M. H. Universitario "San Cecilio", Granada. ^{3,4} Matronas H. Universitario "San Cecilio", Granada.

15,30-15,40h.

Evaluación de la participación paterna y el contacto piel con piel en el parto. *Julia Gisbert A.,*

Dema Pérez S.

Matronas Consorcio Hospital General de Valencia.

15,40-15,50h.

Estudio sobre las actitudes y conductas de los padres en el momento del parto.

Martínez Casal S. ¹, Solá Atarés G. ², Manzano Garzarán P. ³, Cervera Puig C. ⁴

¹ Matrona, H. "Dr.Peset". Valencia, ² Matrona, C. Salud Pública. Valencia, ^{3,4} Matronas, H. "General". Valencia.

15,50-16,00h.

Questiones generales sobre el modo de parrear, y cuidar a las Mujeres, que están embarazadas o paridas. Tratado nuevo compuesto por D. Pablo Petit". Una nueva forma de enseñar a comadres y cirujanos.

Martínez Mollá T.

Matrona. C.S Hospital Provincial. Alicante.

16,00-16,10h.

Factores que influyen en el grado de satisfacción de las mujeres con su parto.

Garrote Robles A.¹, Carrero Ortega M.², Gutiérrez Munuera M.³, Moya Cobo A.⁴, Herce Lerma E.⁵

^{1,3,5} Matronas, Hospital "Gregorio Marañón", Madrid, ² Matrona, "Hospital del Tajo", Aranjuez, Madrid, ⁴ Matrona, Hospital "Virgen del Camino", Pamplona, Navarra.

16,10-16,20h.

Visión antropológica del climaterio en mujeres premenopáusicas de origen español.

Galindo Moreno I., Sevillano Mantas M., Izquierdo Gil F., Jiménez Galiano A. B., Domínguez Simón M. J.

E.I.R. Unidad Docente de Matronas de la Comunidad de Madrid

16,20-16,30h.

Utilización de los dispositivos de urgencias en gestantes inmigrantes y autóctonas en el Complejo hospitalario de Albacete 2008.

Tejedor Muñoz R.¹, Martínez Santos C. P.², Cabezuelo Cuartero B.³, Millán Callado A. S.⁴, Pardo Serrano C.⁵

^{1,2,3,4} E.I.R. U.D.M. Albacete, ⁵ Matrona E.U. Enfermería. Albacete.

16,30-16,40h.

Lactancia natural. Formación del personal sanitario.

López Solís F. J., Ariénzar Martínez M. B.

Matronas del Hospital de Torrevieja. Alicante.

16,40-16,50h.

Prevalencia y factores de riesgo de inicio y duración de la lactancia materna en Albacete. Análisis de supervivencia.

Herce Lerma E.¹, Requena Martínez V.², Rubio Martínez A. R.³, Segovia Jiménez J.⁴, Sierra Vázquez E.⁵

¹ Matrona, Hospital General Universitario "Gregorio Marañón" (Madrid), ² Matrona, Hospital Comarcal de Hellín (Albacete), ³ Matrona, Centro de Salud de Villarrobledo (Albacete), ⁴ Matrona, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, ⁵ Matrona, Hospital Universitario Clínico "San Carlos" (Madrid)

16,50-17,00h.

Yo el padre. Sentimientos, cambios y preocupaciones.

Osa Montserrat I.¹, Domínguez Simón M. J.²

¹ Matrona C. Salud Ciudad Jardín Madrid ² E.I.R. Unidad Docente de la Comunidad de Madrid.

17,00-17,10h.

Dolor y dificultades en las relaciones sexuales de la mujer que ha sido madre hace 1 año: análisis según el tipo de parto.

Blas Robledo M., Uriarte Tobalina M. N., López Madera M. P., Marcos Pérez M.

Matronas Hospital Basurto. Bilbao.

17,10-17,20h.

El perfil de la matrona desde el inconsciente colectivo.

Puig Comas N.¹, Zabau Fermoselle J.², Higuera Ruiz E.³, Gómez Dávila P.⁴, Ayerra Gamboa A.⁵

¹ Matrona Hospital "S. Jorge" (Huesca); ^{2,3,4,5} E.I.R. U.D.M. Huesca.

SESIÓN COMUNICACIONES SALA AUDITORIO**Viernes, 17 de Octubre 19,30 - 20,30h.****Moderadoras:****Dña. Milagrosa González Rodríguez. Supervisora Área de Partos Hospital de Elche****Dña. M^ª Teresa del Hierro Gurruchaga. Directora U.D.M. País Vasco****19,30-19,40h.****Adolescencia: influencia sobre los resultados obstétricos y perinatales de las gestantes del CHUAB.****López Hernández A., Martínez Gómez R., García Bravo A. B., Villena Vergara M. C.****E.I.R. U.D.M. Albacete****19,40-19,50h.****Influencia de la confianza maternal en la forma de terminación del parto.****Sánchez Cunqueiro M. J.****Matrona do Centro de Saúde do Porriño (Pontevedra); doctora en Psicología.****19,50-20,00h.****Pautas de tratamiento del dolor en el parto de bajo riesgo.****Azón López E.¹, Ramón Arbúes E.², Cabeza Guillén E.³, Secorún Redón M. J.⁴, Saz Simón L.⁵****^{1,5} Residente, Unidad Docente de Matronas de Aragón, ^{2,3,4} Matronas del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" Zaragoza.****20,00-20,10h.****Contacto piel con piel madre-hijo: vivencia de la madre, visión de la enfermera.****López de Aberasturi Ibáñez de Garayo A.¹, Pérez Rodríguez C.², Herran Cardenoso S.³****¹ Supervisora - Área de Partos Hospital de Cruces (Baracaldo- Bizkaia) ^{2,3} Matronas Área de Partos Hospital de Cruces (Baracaldo- Bizkaia).****20,10-20,20h.****Vivencia de la paternidad (Padre).****Otero Rey M. L.¹, Mosteiro Díaz M. P.², Miguelez López R.³, Fernández Feito A.⁴****^{1,4} Prof. Enfermería Materno Infantil Universidad de Oviedo; ^{2,3} Matronas Hospital Universitario. Área IV Oviedo**

SESIÓN PÓSTERES SALA 2 TV

Viernes, 17 de Octubre 19,30 - 20,30h.

Moderadoras:

Dña. Modesta Salazar Agulló, Matrona Universidad de Alicante/ CEU Elche

Dña. Isabel Egües Jimeno, Matrona. Cantabria

1. Criopreservación de sangre de cordón umbilical intrafamiliar: ¿Seguro de vida?
2. Inducción al parto en el hospital la Inmaculada de Huércal-Overa: proceso y resultados.
3. Relación entre hipotensión y cambios posturales en partos potencialmente eutócicos con analgesia epidural.
4. Actitud de las gestantes del Área Sanitaria de Osuna hacia la donación de sangre de cordón.
5. Diferencias en el control del embarazo entre mujeres inmigrantes y autóctonas.
6. Una nueva demanda social, la donación de sangre de cordón umbilical: Perfil de donante.
7. Evaluación de los conocimientos y actitudes de las mujeres susceptibles de ser donantes de cordón de cordón umbilical.
8. Embarazo y agua.
9. Estudio del cordón umbilical a través de la historia: revisión bibliográfica.
10. Factores de riesgo frecuentes en el puerperio domiciliario.
11. ¿Sabes lo que te estás perdiendo? una matrona en tu vida.
12. Incidencia de partos distócicos con epidural .
13. Estudio etnográfico de las matronas en China y el uso de Terapias Alternativas.
14. ¿Ganaríamos algo evitando la práctica de la episiotomía?
15. Ergonomía en el trabajo: Diseño ergonómico del puesto de trabajo de una matrona.
16. Impacto de la Versión Cefálica Externa en la tasa de partos eutócicos.
17. Variabilidad del resultado de la gasometría de sangre de cordón, según el momento en que realizamos el análisis.
18. Actitudes hacia la menopausia y calidad de vida de un grupo de enfermeras de ámbito hospitalario.
19. Lactancia materna: prevalencia y causas de abandono en Portugal.
20. Indicadores de Calidad en Obstetricia
21. Planificación familiar y prevención de enfermedades de Transmisión sexual en adolescentes.
22. Repercusión en la paternidad del siglo XXI de los cambios sufridos en la segunda mitad del siglo XX.
23. Maniobras de protección del periné en el periodo expulsivo del parto.
24. Pujos espontáneos vs dirigidos.
25. Inmigración y lactancia materna.
26. Salud laboral del colectivo de matronas de la red pública sanitaria aragonesa.
27. HPV y su Vacuna: elaboración de un folleto informativo.
28. Pinzamiento precoz o tardío del cordón umbilical. Repercusiones maternas y fetales.
29. Los factores socio-culturales influyen notablemente en la lactancia materna.
30. Las Matronas y las órdenes religiosas.
31. Folleto informativo sobre orientación a parejas con problemas para conseguir embarazo".
32. Enfermedad de Chagas congénita: ¿qué papel desempeña la matrona?
33. El Miedo en el parto.
34. Promoviendo una Cultura de prevención en salud sexual y reproductiva entre población inmigrante.
35. El rol del padre en la experiencia del parto.
36. Nacer sin humo.

37. Aplicabilidad de Nanda-Noc-Nic en el trabajo diario de la matrona.
38. Acompañamiento durante el parto por la persona de elección de la mujer: calidad percibida.
39. Parto eutócico vaginal tras cesárea.
40. Beneficios de las posiciones durante el trabajo de parto.
41. "Psicoprofilaxis obstétrica: importancia en el puerperio".
42. Percepción de los profesionales de salud sobre las prácticas de amamantamiento.
43. La influencia del ritmo circadiano en la duración del parto.
44. La matrona en el ciclo vital de la mujer.
45. Protocolo de enfermedad de Chagas en la gestación.
46. Alternativas no farmacológicas en el parto.
47. Importancia de la educación maternal antes de la semana veinte de gestación. Evaluación de una sesión grupal en un centro de salud rural.
48. ¿Qué conocemos las matronas del VPH y su vacuna?
49. Distocia de Hombros -La importancia de conocer los factores de riesgo implicados para anticiparse en esta situación de emergencia.
50. Secuelas en la sexualidad de mujeres víctimas de abuso sexual.
51. Acido Hialurónico: infiltración local en periné en el momento del expulsivo.
52. Leche materna verde: a propósito de 1 caso.
53. Evolución en el Hospital de Laredo.
54. Análisis de la frecuencia de episiotomías en los partos eutócicos durante un año.
55. Matrona ¿cómo sobrevivir a tu trabajo?
56. Maternity Blues: ¿normalidad o patología?
57. El masaje perineal en la prevención del trauma intraparto.
58. Valores promedio de tensión arterial en las embarazadas atendidas en un hospital de tercer nivel.
59. El papel de la comadrona en el Reflejo de Eyección Materno Fetal (REMF): como no entorpecer la fisiología del parto.
60. Violencia doméstica en el embarazo.
61. Programa piloto de educación sanitaria grupal para mujeres climatéricas en el área II.
62. La Matrona y la importancia del plan de cuidados. Su aplicación en el puerperio inmediato.
63. Consentimiento informado para analgesia epidural ¿De utilidad o mero trámite legal?
64. Intervención de la matrona en la psicosis puerperal.
65. Patología de cordón umbilical: vasa previa. A propósito de un caso.
66. La maternidad-parentalidad a partir de la 2ª mitad del siglo XX.
67. Musicoterapia, sinfonía para una nueva vida.
68. Matronas: para un futuro sin tabaco.
69. Posiciones durante el periodo expulsivo.
70. La matrona como agente educador en sexualidad para la adolescencia.
71. Implantación de recogida de sangre de cordón en el Hospital Clínico San Cecilio de Granada".
72. Prevención y conducta a seguir de las enfermedades infecciosas en el embarazo en el ámbito de primaria en la consulta de matrona.
73. Propuestas de actuación ante una situación de malos tratos en la consulta de la matrona.
74. Trazabilidad de la donación de sangre de cordón umbilical. Papel de la Matrona.
75. Repercusión del ejercicio físico en el embarazo, parto y postparto.
76. Uso tradicional de las plantas en Obstetricia y Ginecología.
77. El agua como analgesia alternativa.
78. Ejercicio físico en el embarazo.
79. La Matrona y la educación sexual en discapacitados.
80. Opinión de las mujeres sobre los cuidados del parto en Hospitales públicos.

NUESTRO AGRADECIMIENTO A LAS INSTITUCIONES, ENTIDADES Y EMPRESAS
QUE HAN APOYADO EL XIII-CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS

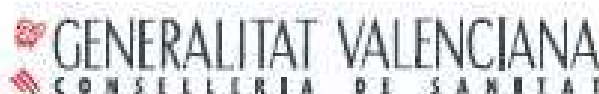


EMPRESAS COLABORADORAS

AMA-SEGUROS
BOIRON
CRIO-CORD
GSK
HILL-ROOM
INDEPENDENT MARKETING
ISDIN
ITALFAMACO
Johnson's & Johnson' habi
JUSTE
LETT
MEDELA
NR ACCESORIOS
PRE-NATAL
RECORDATI-ESPAÑA
SFERA EDITORES
SUAVINEX
VIÑAS

ENTIDADES COLABORADORAS:

Alicante Convencion Bureau. ACB
Colegio de Enfermería de Alicante
Colegio Oficial de Médicos de Alicante
Consejo de Enfermería de la C. Valenciana
(CECOVA)
Excmo. Ayuntamiento de Alicante
Excmo. Ayuntamiento de Elche
Excmo. Ayuntamiento de Villena
Excmo. Diputación de Valencia
Hospital de Elche
Hospital General de Alicante



Declarado de interés sanitario por la
Conselleria de Sanitat de la Comunitat Valenciana



Consejo de Enfermería
de la Comunidad Valenciana

Declarado de interés científico por el CECOVA



Congreso Acreditado con 4,8 Crédito
de la Comisión de Formación Continua del SNS



19 de Octubre 2008

**DIA
DE PUERTAS
ABIERTAS
XIII
CONGRESO
NACIONAL
DE
MATRONAS**

**"JORNADA DE CONTACTO E INTERCAMBIO
MUJERES-MATRONAS"**

"LA ATENCION AL PARTO NORMAL"

Dirigido a:

Mujeres, familias y a cualquier persona interesada en el nacimiento

LUGAR:

Entrada Libre

HORA:

INFORMACION:

WWW.congresomatronas2008.es

Matronas Centro de Salud

ORGANIZA:

Asociación Española de Matronas



PATROCINA:

Ajuntament d'ELX

**JORNADA DE CONTACTO E
INTERCAMBIO
"MUJERES – MATRONAS".**

La Organización del XIII Congreso Nacional de Matronas "**Mujeres y matronas para un mundo mejor**" propone de forma expresa, que las mujeres participen en este congreso, abriendo para ellas sus puertas en una "**Jornada de contacto e intercambio entre mujeres y matronas**" ya que las interacciones entre mujeres y profesionales es una preocupación prioritaria en la asistencia que las matronas prestan.

Las matronas visualizamos a las mujeres como actores con opinión a quienes es preciso consultar y mantener informadas de las políticas de asistencia puestas en marcha.

La idea de este encuentro es generar condiciones, para que, a los recursos e ideas que apoyan la reforma sobre la forma de nacer en España, podamos sumar las opiniones y necesidades de las mujeres-familias.

El debate tendrá como tema monográfico "**La atención al parto normal**", alrededor del

la cual se organizará una sesión abierta de información, diálogo y opinión, que culmine en una puesta en común con el propósito de acercar a las mujeres y a las matronas hacia una misma vía común de trabajo participativo y de colaboración para mejorar asistencia al parto y nacimiento en nuestro país.

Las matronas nos sentimos ilusionadas de poder compartir este espacio con las mujeres y sus familias. Estamos seguras de que juntas "**podremos mejorar el mundo desde el mismo momento de nacer**".

El Comité Organizador

COMUNICACIONES ORALES

LA CUARTA FASE DEL PARTO: CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL

Autores: Viudes Coloma Myriam¹, Martín Casado Ana María², Duque Teomiro M^a del Carmen³, Peña Benito Laura⁴, Beltrán Muñoz Carolina⁵.

^{1,2,4,5} E.I.R UDM Toledo ³ Matrona Colaboradora UDM Toledo

ANTECEDENTES

En la literatura podemos encontrar diferentes estudios sobre la importancia del contacto piel a piel. Ya en 1976 aparece el término “crear vínculos” desarrollado por M. Klaus y J. Kennell. En estos primeros estudios se descubre que la separación tras el parto entre el recién nacido y su madre tiene consecuencias: fracaso en la lactancia materna e inseguridad para hacer frente al nuevo rol. Para algunos autores el contacto precoz piel a piel debería incluirse en el proceder habitual de la matrona como la cuarta fase del parto. Por otro lado en los últimos años se ha ido produciendo una excesiva tecnificación y medicalización del parto que ha llevado al desarrollo de otros estudios que afirman que el contacto piel a piel no aporta ventajas significativas en la relación madre-hijo a largo plazo.

OBJETIVO

Nuestro trabajo intenta aportar luz sobre este tema tan controvertido, exponiendo y comparando los principales estudios y opiniones tanto a favor como en contra del contacto piel a piel en el recién nacido a término. Ofreciendo una visión objetiva, basada en la evidencia, para los profesionales dedicados al nacimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una búsqueda sistemática en las bases de datos de Ciencias de la Salud: Cochrane Plus (2008), Pubmed (2001 hasta 2008), Cuiden (2001 hasta 2008), Cuidatge (1999 hasta 2008), Lilacs (2004 hasta 2008) e Ibecs (2004).

RESULTADOS

Se han seleccionado veinticinco artículos sobre nuestro objeto de estudio. La mayor parte de los documentos revisados concluyen que el contacto precoz piel a piel justo durante las dos horas después del nacimiento, que es cuando el recién nacido se encuentra en el llamado “periodo sensitivo”, es fundamental para el establecimiento del vínculo afectivo, la disminución significativa del llanto, el reconocimiento temprano del olor materno, una mayor probabilidad de lactar de forma exitosa durante la primera toma e incrementar la duración de la lactancia materna exclusiva y el mantenimiento de la temperatura en niveles termoneutrales recuperando antes la normoglucemia y el equilibrio ácido base.

Por otro lado algunos estudios concluyen que no hay diferencias significativas para establecer una relación entre el contacto precoz piel a piel y el mantenimiento prolongado de la lactancia. Al igual que en la relación entre nuestro objeto de estudio y las dificultades durante la misma.

CONCLUSIONES

Los estudios revisados tienen una calidad adecuada para su aplicación en la práctica clínica y demuestran la eficacia del contacto precoz piel a piel en aspectos fundamentales para el desarrollo posterior del recién nacido.

Dada la importancia de los resultados, creemos firmemente que las matronas deberíamos ofrecer en la educación maternal una adecuada información a los futuros padres sobre la importancia del contacto precoz piel a piel. Al igual que incluirlo en nuestra asistencia al parto, no como una alternativa sino como una realidad. Teniendo siempre en cuenta la percepción cultural que la futura madre tiene sobre la maternidad.

LAS MATRONAS ANTE EL BANCO PRIVADO DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL ESTADO ACTUAL, AVANCES Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

Autores: Viñas Álvarez M^a Dolores¹, Iglesias Vilas Carmen Dolores², Paredes Castro Eva³, Ramos Arnos Rosa³.

¹Matrona, Unidad Docente de Galicia; ² Matrona, Centro Materno-Infantil La Rosaleda; ³ Matrona, Centro Materno-Infantil La Rosaleda;

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

La sangre de cordón umbilical (SCU) es una fuente rica en progenitores hematopoyéticos y células mesenquimales que se ha venido utilizando desde 1989 para trasplante alogénico como alternativa al trasplante de médula ósea. Hasta el momento se han realizado casi 10.000 trasplantes en todo el mundo, aumentando su uso de forma exponencial, ya que indicaciones son cada vez mayores. Las células mesenquimales son muy “plásticas”, con capacidad de diferenciación en la práctica totalidad de las células de nuestro organismo, con lo que a medio plazo las indicaciones para este producto rico en progenitores serán prácticamente ilimitadas. Los avances en terapia regenerativa hacen que su potencial sea de lo más atractivo y a salvo de los problemas éticos que afectan a las células embrionarias. Ante la demanda social, en la última década han proliferado los Bancos Privados dedicados a la conservación de SCU para uso familiar.

La normativa vigente que ordena la actividad de obtención de sangre de cordón umbilical es el Real Decreto 1301/2006, que ha creado un nuevo escenario legislativo. Las actividades deben ser efectuadas por establecimientos debidamente autorizados por la Autoridad Competente de forma que se garanticen los requisitos especificados.

Es importante escoger un Banco fiable que asegure la calidad de la sangre antes, durante y después del proceso de conservación. Muchas embarazadas piden consejo a su obstetra o matrona acerca de la conveniencia de almacenar la SCU de sus hijos y cual será la mejor empresa con la que hacerlo. El momento es único e irrepetible, así que es una duda a resolver en un momento de especial sensibilidad emocional. Por ello es necesario conocer el potencial terapéutico de la sangre de cordón y las distintas opciones que ofrecen los principales Bancos Privados que operan en España.

MÉTODO

Se analiza la oferta de los principales Bancos Privados que operan en España (StemCell®, CryoCord, VidaCord, VidaPlus, Bioteca y SmartCells) en base a los siguientes parámetros:

- Coste del proceso; Asesoría científica; Delegaciones; Kit de extracción y facilidad de uso; Transporte de la muestra; Procesamiento y análisis de la muestra; Almacenamiento

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

De acuerdo con las características anteriores, hemos definido las ventajas a la hora de escoger el Banco más adecuado a las necesidades del cliente:

- Pago único con posibilidades de financiación previo resultado positivo de la criopreservación. Entrega del kit de recogida sin coste.
- Asesoramiento integral especializado 24 horas a clientes y profesionales mediante delegación estable en las distintas comunidades.
- Laboratorio importante en número de muestras acreditado por la autoridad competente con seguro de protección.
- Logística de transporte encaminada a reducir el tiempo de viaje. Protocolo de emergencia.
- Procesamiento automatizado de muestras con la última tecnología. Separación de poblaciones celulares previo a la criopreservación.
- Traslado gratuito de la muestra congelada a centro de trasplante en caso necesario.

INFORMACIÓN ADQUIRIDA POR LA GESTANTE QUE ACUDE A EDUCACIÓN MATERNAL

Autores: Tadeo López M^a Ángeles¹, Medina Ortega Irina².

¹Matrona C.S. Guanarteme, ²Enfermera

INTRODUCCION

La maternidad provoca una oleada de emociones contradictorias que pueden ir desde el júbilo y la alegría a la duda, la inseguridad y el miedo. (Gagnon, 2007)

➤ **¿Será que las embarazadas que acuden a los cursos de preparación a la maternidad adquieren un mayor nivel de información respecto al embarazo, parto y puerperio?**

METODOLOGÍA

ENCUADRAMIENTO TEORICO:

Justificación del estudio La información que ofrece la matrona es de vital importancia para un buen seguimiento del embarazo, y las clases que imparte son relevantes para la gestación, parto y puerperio.

Pregunta de partida

¿Será que las embarazadas que acuden a los cursos de preparación a la maternidad adquieren un mayor nivel de información respecto al embarazo, parto y puerperio?

1: ¿Será que las gestantes tienen alguna información previa sobre el embarazo, parto y puerperio

2: ¿Será que la información de las gestantes aumenta con las clases teórico- prácticas?

3: ¿Será que la mujer embarazada opina que el nivel de información y las técnicas adquiridas son de utilidad para facilitar el proceso del nacimiento de un hijo?

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo general: Saber si las embarazadas que acuden a EM han adquirido una mayor información, respecto al embarazo, parto y puerperio, y si dicha información le ha sido útil.

Objetivos específicos: Identificar la información previa que tienen las madres con respecto al embarazo, parto y puerperio.

Valorar si las clases teórico- prácticas aumentan el nivel de información adquirida.

Identificar si la mujer tiene la información y atención necesaria que facilite su protagonismo en el proceso de cambio que supone el nacimiento de un hijo.

Saber si la información dada le ha servido de utilidad.

TIPO DE ESTUDIO

Estudio experimental con abordaje cuantitativo.

Población y muestra del estudio La población de este estudio, ha estado constituida por las gestantes del Centro de salud de Guanarteme residentes en Gran Canaria. Se excluyen a las mujeres que acudieron a menos de tres sesiones.

Variable dependiente: Información previa de la gestante

Variable independiente: Edad, Estado civil, Nivel educativo, Actividad laboral, Número de hijos, Asistencia a cursos o consultas de obstetricia, Técnicas de relajación, Técnicas de respiración.

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

3.1. Caracterización de la muestra: La muestra estuvo constituida por 30 madres, representando una media de edad de $31,17 \pm 5,40$ años, con una edad mínima de 20 y máxima de 39 años.

CONCLUSIONES

Verificamos que en la muestra predominan las madres pertenecientes al grupo etario de 31 a los 35 años (36,6%); 86,70% son casadas; 63,3% son primíparas; 56,6% trabaja fuera de la casa; 60% poseen estudios secundarios. Todas las participantes del estudio afirman (100%) que el nivel de información adquirida por la matrona responsable de las clases de Educación Maternal es muy bueno. Afirman también el 50% de las gestantes que las técnicas de relajación son muy buenas y el 93,3% de las mismas opinan lo mismo de las técnicas de respiración. Consideramos que, dado el tamaño de la muestra no puede ser extrapolado los resultados pero es un punto de partida para que en el futuro puedan ser realizados trabajos más amplios en esta área.

HACIA LA EDUCACIÓN MATERNAL DEL SIGLO XXI

Autores: Paz Pascual M^a Carmen¹, Artieta Pinedo Isabel², Grandes Gonzalo³, Remiro Fdez. de Gamboa Gurutze⁴, Odriozola Hermosilla Itziar⁵.

¹Matrona, C. Salud "Sestao" Vizcaya. ²Matrona, C. Salud "Baracaldo" Vizcaya. ³Epidemiólogo, "Unidad de Investigación de Atención Primaria", Bilbao, Vizcaya. ⁴Matrona, C. Salud "Basauri" Vizcaya. ⁵Matrona, "Hospital de Basurto" Bilbao, Vizcaya

INTRODUCCION

La utilidad de la educación maternal (EM) está siendo cuestionada actualmente, las condiciones en las que se da la maternidad hoy en día, y concretamente el parto, han variado de forma sustancial. Un buen número de estudios europeos y americanos no encuentran que la asistencia a los cursos de EM proporcione beneficios durante el parto. En esta línea, en Bizkaia se realizó el estudio EMA, con una cohorte de 616 nulíparas a las que se siguió durante 13 meses en los que se midieron variables de resultado sobre el parto y la lactancia; así como variables sociodemográficas y de personalidad y se compararon tres grupos de mujeres en base al grado de exposición a las sesiones de EM. Este estudio sólo encontró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos para la variable ansiedad [OR (-1.51);IC95%(-2.7)(-0.32)]

La propuesta de esta comunicación es fundamentalmente transmitir la necesidad de la "reinención" de la EM planteándonosla como una herramienta con una altísima capacidad de influencia sobre la madre y el hijo y diseñándola de acuerdo a lo que nosotras y sobre todo las mujeres de la nueva sociedad queremos obtener de ella. Para conseguirlo es fundamental la participación de expertos en el tema y este es nuestro llamamiento. No podemos quedarnos sólo en la evaluación de la EM, una vez finalizado el estudio EMA, tenemos ahora la misión de intentar mejorar esta actividad, a la que dedicamos enormes recursos, y mejorarla desde la evidencia científica, con método.

OBJETIVO

Elaborar un nuevo proyecto de EM, considerándola como una intervención compleja en cuidados de salud, adaptable a distintos entornos y cuya efectividad sea susceptible de evaluación.

METODO

Cada vez es más evidente la necesidad de combinar método cualitativos y cuantitativos al tratar las intervenciones complejas. En este sentido, nuestro proyecto estaría en la línea propuesta por el Medical Council Research 2000, que señala 5 fases en el desarrollo de este tipo de programas. Fase I, preclínica: Explorar en profundidad todas las teorías existentes, sus objetivos y sus resultados; Fase II: identificar los componentes y mecanismos subyacentes que pueden influir en los resultados que queremos obtener con la EM; Fase III: Describir los componentes de una intervención, tanto de la población a la que se aplica como de las conductas a modificar, para que se pueda comparar con otra intervención alternativa; Fase IV: Comparar una intervención totalmente definida con otra alternativa que sea teóricamente defendible; Fase V: Determinar si otros pueden fiablemente replicar nuestra intervención y resultados en situaciones no tan controladas, de forma que la intervención aplicada pueda adaptarse a distintas poblaciones. Normalmente nosotros nos incorporamos a la fase IV sin tener en cuenta que muchas variables no conocidas pueden estar influyendo en el resultado.

CONCLUSIONES

La propuesta de esta comunicación es fundamentalmente transmitir la necesidad de la "reinención" de la EM planteándonosla como una herramienta con una altísima capacidad de influencia sobre la madre y el hijo y diseñándola de acuerdo a lo que nosotras y sobre todo las mujeres de la nueva sociedad queremos obtener de ella. Para conseguirlo es fundamental la participación de expertos en el tema y este es nuestro llamamiento. No podemos quedarnos sólo en la evaluación de la EM, una vez finalizado el estudio EMA, tenemos ahora la misión de intentar mejorar esta actividad, a la que dedicamos enormes recursos, y mejorarla desde la evidencia científica, con método.

GRUPO MAI-MADRE. UN PLAN DE ASISTENCIA AL PARTO Y NACIMIENTO.

Autores: Bujeda Blanco Veas¹, Azón López Esther², García Martínez Miguel², Martín-Lorente Moreno Laura², Ezquerro Cordón Virginia³

¹Matrona, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza, ²Residentes de la Unidad Docente de Matronas de Aragón, ³Matrona, Hospital de Tudela.

ANTECEDENTES

¿Dónde estamos y hacia dónde vamos? En España la asistencia al parto se centra en un modelo intervencionista institucionalizado con alta tecnología y medicalizado. Existen otros modelos implantados en país europeos en los que se concibe el parto y el nacimiento como parte natural de la vida y como proceso fisiológico. Así, junto a la evidencia científica y aglutinando los dos modelos surge nuestro plan de parto Mai-Madre.

OBJETIVOS

GENERAL: Potenciar y favorecer la atención al parto y al nacimiento con el mínimo intervencionismo necesario para garantizar la seguridad de la madre y del RN, creando un entorno más favorable..

ESPECÍFICOS:

- Fomentar el parto como un proceso fisiológico y único de la mujer.
- Promover el uso de prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento posible.
- Modificar protocolos, hábitos y rutinas.
- Reorientar la formación del personal implicado en la atención al parto.

METODOLOGÍA

Dentro del equipo de Obstetricia del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza, se creó un grupo de trabajo multidisciplinar, el cual realizó su trabajo mediante un cuestionario semiestructurado a 222 mujeres gestantes. Las variables estudiadas han sido:

Medidas de rutina al ingreso, rasurado perineal, enema, acompañamiento y apoyo emocional durante el parto, libertad de movimientos, ingesta de líquidos, amniotomía, estimulación con oxitocina, alivio del dolor, control del estado fetal, expulsito, episiotomía, pinzamiento del cordón umbilical, alumbramiento expectante o activo, contacto piel a piel, lactancia natural, entorno físico.

RESULTADOS

De los datos obtenidos en este trabajo, se ha creado la necesidad de elaborar protocolos consensuados, con rigor científico y basados en la evidencia, implicando así a todo el personal sanitario, a través de la formación especializada.

CONCLUSIONES:

- Fomentar y potenciar la participación activa de la mujer en todo el proceso del parto, nacimiento y lactancia.
- Evaluar protocolos de actuación con el fin de identificar y resolver posibles carencias del sistema sanitario para cubrir las necesidades de las mujeres y de sus familias.
- Implicar al conjunto de los profesionales sanitarios en todo el proceso, aumentando la satisfacción de ambas partes.
- Evaluar los objetivos programados tras su puesta en funcionamiento.

*Mai-madre.

Mai es un sustantivo femenino escrito en aragonés que significa en castellano madre.

Dizzionario aragones-castellan, castellano-aragones de Chusé Aragües. 2ª edición, 2005. Editorial Ligallo de Fabláns de l'Aragónés.

PERFIL DEL/DE LA PROFESIONAL MATRÓN / MATRONA EN HOSPITALES DE SEVILLA. PERCEPCIÓN, INQUIETUDES Y AUTOESTIMA.

Autores: Ruiz Plaza José Manuel¹, Martín Rodríguez Pedro², Oscoz Muñoa Aranzazu³, Rodríguez Soto Carmen⁴, Hermida Morilla Manuela⁵.

¹ Matrón, C.S. Los Montecillos/C.S. Campo de las Beatas, ² Matrón, C.S. S. José de la Rinconada, ³ Matrona, Hospital de Valme, ⁴ Matrona, Hospital de Valme, ⁵ Matrona, Clínica Sagrado Corazón.

ANTECEDENTES

La asistencia obstétrica en los hospitales privados de Sevilla siempre ha contado con la participación de matronas. Actualmente hay 5 hospitales privados en Sevilla prestando sus servicios con plantilla muy heterogéneas.

OBJETIVOS

- Conocer el grado de competencia de los profesionales en la actividad privada.
- Identificar la auto percepción de la actividad y de los factores implicados.

MÉTODO

Estudio mixto cuantitativo y cualitativo. Se estudian dos muestras representativas en calidad y cantidad respectivamente entre los profesionales de la actividad en Sevilla y se les aborda a través de entrevistas semiestructuradas, y un sondeo mediante un cuestionario específico de evaluación de autoestima.

RESULTADOS

El profesional muestra un alto grado de inquietud en la ampliación de su desarrollo profesional y aparece un cierto desencanto.

El nivel de autoestima de los encuestados es mejorable.

CONCLUSIÓN

La difusión de la imagen de la matrona en la actividad privada contribuiría a mejorar su autoestima y su satisfacción personal.

LA MATRONA BRITÁNICA COMO CATALIZADOR DEL PARTO NORMAL: LEGALIDADES Y OTROS FACTORES FACILITADORES DE SU ROL

Autora: Mercedes Pérez Botella .

Matrona, Royal Blackburn Hospital, East Lancashire Hospitals NHS Trust, Blackburn, Lancashire, Inglaterra

ANTECEDENTES

Las matronas británicas son licenciadas, consideradas legalmente como profesionales independientes. Este estatus legal, junto con estrategias gubernamentales y participación activa de la mujer embarazada, facilitan que la matrona sea la veladora y salvaguardadora del parto normal.

OBJETIVOS

- ✓ dar a conocer cómo el rol de las matronas en el Reino Unido es crucial en la consecución de partos normales que son seguros y satisfactorios para las mujeres
- ✓ proporcionar ideas para facilitar el mejor uso de los recursos y habilidades de la matrona en España, canalizados hacia el desarrollo positivo de relaciones productivas con la mujer.
- ✓ resaltar las estrategias y mecanismos que el Gobierno Británico emplea y que serían transferibles al ámbito matronil español para conseguir un aumento en la adopción de las recomendaciones de la OMS.
- ✓

MÉTODO

Evaluación y crítica de la evidencia científica en relación con el parto normal y las estrategias que facilitan su consecución.

Exploración de las prácticas y técnicas que las matronas británicas emplean para la adopción de prácticas recomendadas por la OMS.

CONCLUSIONES

La consecución de partos normales en el Reino Unido está catalizada por una estrecha interrelación entre diferentes elementos:

La posición legal de la matrona como profesional independiente y que establece una relación simbiótica con la mujer gestante, todo ello auspiciado por iniciativas y recomendaciones gubernamentales que amparan la promoción del parto normal.

El uso de la matrona como agente activamente promovedor del parto normal, en conjunción estrecha con una mujer que ha aprendido a creer en sí misma y a hablar por sí misma, es la composición vital para lograr más partos normales y sin intervenciones.

Para que ésto tenga lugar y aumentar la adopción de las recomendaciones de la OMS en España primero es necesario que las matronas españolas internalicen una filosofía del parto que lo representa como un proceso primariamente fisiológico.

Adoptando esta premisa las matronas españolas estarán en una posición que les permita trabajar en colaboración con las mujeres, aceptando que partos por ejemplo en casa, sin monitor o en el agua, son absolutamente aceptables para la gran mayoría que compone el grupo de bajo riesgo.

OPINIÓN DE LAS MATRONAS Y GESTANTES SOBRE LA ASISTENCIA AL PARTO NORMAL EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID.

Autores: Feijóo Iglesias María Belén¹, Magdaleno del Rey Gema², Martín de Vega Rosana³, Rodríguez Ferrer Rosa María⁴, Vivanco Montes Leonor⁵

^{1, 2, 4, 5} Matronas Hospital La Paz Madrid; ³ Centro de Salud Algete. Área 5 de Madrid

ANTECEDENTES

En los últimos años se han producido movimientos por parte de sociedades profesionales y también de grupos sociales que preconizan una menor o nula intervención sanitaria en los partos y una mayor humanización de los mismos, y denuncian el abuso de prácticas obstétricas que consideran nocivas tales como inducciones del parto innecesarias, cesáreas injustificadas, episiotomías indiscriminadas, amniorrexis artificiales protocolizadas y otras técnicas. Ello ha tenido una respuesta por parte del Ministerio de Sanidad en consenso con las sociedades que representan a los profesionales implicados en la asistencia al parto (SEGO, Asociación Nacional de Matronas), mediante la publicación de un documento sobre la Estrategia de Atención al Parto Normal y diferentes iniciativas al respecto, como la Carta de Madrid. Pero, la realidad que se vive en la asistencia al parto es que sigue habiendo opiniones controvertidas y se siguen aplicando protocolos ya desfasados. Por otra parte, los medios de comunicación no siempre tratan el tema con objetividad y con una información veraz, por lo que la población a veces carece de criterios a la hora de valorar y opinar sobre el “parto normal” (también llamado parto fisiológico). Por ello nos planteamos este trabajo, con los siguientes objetivos.

OBJETIVOS

- Valorar las opiniones, información y actitudes de las matronas ante el parto fisiológico
- Valorar las opiniones, información y actitudes de las parturientas y sus parejas ante el parto fisiológico
-

MATERIAL Y MÉTODOS

Una exhaustiva revisión bibliográfica sobre el tema

- Un cuestionario de respuestas cerradas realizado a 134 matronas de Atención Primaria y Especializada de la CCAA de Madrid
- Un cuestionario de respuestas cerradas realizado a 206 gestantes de las Áreas 4, 5 y 6 captadas en Atención Primaria y Especializada
- Un análisis estadístico de los resultados mediante la herramienta EXCEL.
-

RESULTADOS

A continuación exponemos brevemente los resultados más significativos:

- El 71,84% de las gestantes encuestadas creen saber lo que es un parto fisiológico. El 60% consideran que es el obstetra quien debe decidir el tipo de parto, y el 76,60% saben que la matrona puede atender el parto normal. El 43,69% no saben si se debe realizar amniorrexis artificial en un parto fisiológico. El 46,12% creen que no se debe utilizar oxitocina en el manejo del parto normal.
- El dato más llamativo es que el 41,26% de las encuestadas opinan que se administra analgesia epidural en un parto normal, y el 70,87% desea parir sin dolor.
- El 57% de las matronas encuestadas consideran que las mujeres que demandan un parto fisiológico no están debidamente informadas, y el 85,07% creen que la atención hospitalaria al parto está excesivamente medicalizada. Al 78,36% se le ha demandado un parto fisiológico pero el 16,42% no se siente cómoda atendiéndolo

CONCLUSIONES

Tras el análisis de los datos, corroboramos que no existe una opinión unánime con respecto al parto normal, ni en la población de mujeres gestantes ni entre las matronas, y se evidencia un importante déficit de conocimientos entre las gestantes sobre el parto fisiológico, probablemente por falta de información o porque ésta sea sesgada y poco veraz. También revelan las encuestas incomodidad por parte de algunas matronas cuando una mujer demanda un parto fisiológico.

EMBARAZO DE ALTO RIESGO, OTRA FORMA DE PARIR.

Autores: *Martínez Conesa Francisco, Gregorio Álvarez M^a Pilar, Sánchez Barroso M^a Teresa Fernández Sánchez Manuela, Gómez López Ascensión.*
Matronas Hospital La Inmaculada (Huércal-Overa) ALMERIA

ANTECEDENTES

La movilidad en el parto se ha demostrado muy importante en la evolución del mismo. Hace unos 40-50 años se cambió la verticalidad por la horizontalidad a la hora de asistir a las mujeres de parto. En este vídeo queremos presentar como la evolución en las técnicas obstétricas no están reñidas con un parto vertical y respetado.

OBJETIVO

Mostrar que es posible conjugar un parto medicalizado con la libertad a la hora de elegir postura en el expulsivo.

MÉTODO

Grabación de uno de los partos en silla obstétrica que realizamos en el Hospital La Inmaculada de Huércal-Overa (Almería) previo consentimiento de la gestante.

RESULTADOS

El resultado ha sido un vídeo de 4 minutos y 9 segundos de duración en el cual se puede observar la evolución de un parto de una gestante a término, con una cesárea anterior, con un embarazo conseguido tras una FIV-ICSI, con analgesia epidural y estimulación con oxitocina que ha tenido la posibilidad de empujar en diversas posturas hasta poder dar a luz sentada en la silla obstétrica.

CONCLUSIONES

La práctica diaria nos demuestra que es necesario cambiar las prácticas rutinarias innecesarias y adaptarlas a las condiciones de cada mujer, que la combinación de un parto medicalizado y un parto en el que se respeten las necesidades de la mujer es posible y que las matronas, junto con las mujeres, somos las responsables de que ese cambio sea posible.

Un parto como este no es único ni excepcional, cada vez más mujeres se someten a tratamientos de fertilidad y son muchas las que demandan la analgesia epidural.

Es necesario resaltar la importancia de valorar individualmente cada caso para obtener un resultado satisfactorio.

ADAPTACIÓN DE UN INSTRUMENTO AL CONTEXTO ESPAÑOL PARA MEDIR LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS EN EL PARTO NORMAL BASADO EN LAS RECOMENDACIONES DE LA OMS. (CUESTIONARIO Q-PNOMS)

Autores: Bernabeu Gras María Rosa¹, Cerezo Munuera Alejandro², Gavilán Díaz Marta³, Gómez Robles Francisco Javier⁴, Muñoz Selva Amparo⁵.

¹Matrona C. Salud Aspe (Alicante), ²Matrón Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" Murcia, ³Matrona Complejo Hospitalario "Carlos Haya" Málaga, ⁴Matrón Hospital General Universitario Alicante, ⁵Matrona Hospital Universitario Dr. Peset

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

Clásicamente, los resultados de salud en la atención al parto normal se han medido en términos de satisfacción de la paciente con los cuidados recibidos, puntuación en la Escala de Apgar, desgarros o laceraciones vaginales, infecciones, etc. Una forma de obtener nuevos indicadores y nuevas formas de medir la calidad de los cuidados, debe ser la observación directa de las intervenciones. El problema deriva en cómo se miden las intervenciones y esa atención. Se deberían medir siguiendo unos patrones estándares que permitieran la comparación objetiva entre diferentes centros y países e incluso también entre distintos profesionales.

El objetivo general es validar en España un instrumento para medir la calidad de los cuidados en el parto normal basado en las recomendaciones de la OMS (creado por F.S. Bojo, Suecia 2004).

MÉTODO

La metodología que se ha seguido es la que se utiliza en la adaptación de instrumentos de medida de la calidad de vida relacionada con la salud. Las fases metodológicas de elaboración del estudio comprenden:

- Revisión sistemática de los ítems del cuestionario y clasificación de equivalencia lingüística a partir de las traducciones del instrumento original.
- Adaptación transcultural de la primera versión consensuada del instrumento a través de un panel de expertos.
- Comparar la validez de los dos métodos de aplicación del instrumento: observación directa y auditoría de la documentación clínica.
- Realización de una prueba piloto con la versión final pre-test.

RESULTADOS

- En la fase de traducción, no han surgido problemas importantes.
- Autocumplimentación. método idóneo.
- Eliminación de los encabezados con la clasificación de las distintas prácticas según establece la OMS.
- Validez asegurada: Contacto continuo con autora original y participación de gran número de profesionales.

CONCLUSIONES

- Creación de un instrumento válido siguiendo las recomendaciones de la OMS, la SEGO y el MSC.
- Necesidad de la integración del punto de vista de las mujeres.
- Expectativas de futuro: Estudio multicéntrico nacional y/o internacional. Propuesta al MSC como instrumento para medir la implantación "Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud".

FACTORES DE RIESGO DE INCONTINENCIA URINARIA POSTPARTO

Autores: Gutiérrez Martín M^a Jesús¹, Vaquero Gajate Carmen², Fernández Gamazo Montserrat³, Heredero Maté Sonia⁴.
^{1,2,3} Matronas Hospital Universitario Río Hortega (Valladolid); ⁴ Matrona Complejo Hospitalario Río Carrión (Palencia)

ANTECEDENTES

La incontinencia urinaria es uno de los problemas más frecuentes en el posparto, modificando la calidad de vida de las mujeres. Se estima que afecta de un 20 a un 30% de puérperas.

OBJETIVOS

Estudiar los factores de riesgo de este problema y valorar los más susceptibles de ser modificados mediante nuestra intervención profesional.

MÉTODO

Estudio descriptivo transversal realizado en un hospital universitario desde Enero a Septiembre de 2008, mediante encuesta dirigida y valoración del periné, previo consentimiento firmado y con carácter anónimo. Posteriormente se valora la presencia de incontinencia urinaria en el puerperio inmediato y, a las incontinentes, se les entrevista telefónicamente a los 3 meses. Muestra de 207 mujeres con trabajo de parto, con una edad media de 33,28.

El tratamiento estadístico fue realizado mediante el programa SPSS v.15

RESULTADOS

Fueron valorados 36 factores de riesgo (generales y obstétricos) de incontinencia urinaria, de los cuales son estadísticamente significativos *hábitos, incontinencia durante la gestación, tipo de parto y realización de ejercicios de Kegel*.

CONCLUSIONES

Es fundamental el papel que las matronas pueden desarrollar para valorar las mujeres de riesgo.

Los hábitos higiénico-dietéticos pueden ser modificados adecuadamente para prevenir este problema, a través de la educación sanitaria durante la gestación.

La incontinencia durante la gestación ha demostrado ser un factor de riesgo significativo en el desarrollo de incontinencia posparto. Además muestra una prevalencia elevada (41,4% de la muestra)

Respecto al tipo de parto, cabe destacar el riesgo estadísticamente significativo que supone la instrumentalización.

La realización de los ejercicios de refuerzo de periné (Kegel) ha demostrado su eficacia *cuando se hace de forma regular*. El 55,2 % de la muestra conocía dichos ejercicios pero los realizaba de forma esporádica, lo que muestra la necesidad de hacer más hincapié en este sentido en Atención Primaria.

La incontinencia posparto habitualmente se resuelve en los primeros 3 meses, lo que demuestra la importancia de la rehabilitación perineal precoz.

PREVALENCIA DE ALTERACIONES TIROIDEAS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO EN EL DEPARTAMENTO 18 DE ALICANTE.

Autores: Cantos Vizcaíno M^a Encarnación¹, Seva Gosalbes Yolanda², Ayllón Bernal M^a Ángeles³.

¹ Matrona Hospital General de Elda, ² Matrona Hospital General de Alicante, ³ Matrona, C. Salud Alhama de Murcia.

ANTECEDENTES

Las alteraciones tiroideas durante el embarazo, pueden tener repercusiones obstétricas como: aumento de la incidencia de abortos, parto prematuro, hipertensión inducida por el embarazo, preeclampsia, abrupcio placentae, bajo peso al nacer, distress fetal, hemorragia post-parto y/o afectar de modo adverso al desarrollo del cerebro fetal, ocasionando disminución del coeficiente intelectual y deterioro del desarrollo neuropsicológico. La prevalencia de alteraciones tiroideas durante la gestación es del 5 -10%, siendo el 2 - 5% de hipotiroidismo subclínico; el 0,2 - 0,7% de hipotiroidismo clínico y el 6.5 -9% de tiroiditis autoinmune.

OBJETIVO

Determinar la prevalencia de alteraciones tiroideas en la mujer embarazada durante el primer trimestre de gestación en el departamento 18 de Alicante.

METODOLOGÍA

Estudio transversal realizado en el Departamento 18 de Alicante durante los meses de octubre-07 a enero-08. La muestra está formada por gestantes con edad gestacional ≤ 14 semanas, que dieron su consentimiento informado y que acudieron en concepto de primera visita, a la consulta de la matrona de los Centros de Atención Primaria; quedando excluidas aquellas gestantes con antecedentes personales de patología tiroidea, enfermedad autoinmune o cirugía tiroidea. Variables e instrumentación: se realizó una entrevista estructurada con un cuestionario, que recogía variables sociodemográficas, obstétricas, antropométricas y fisiológicas. Para la validación de laboratorio se analizaron los valores séricos de TSH, T4L y Anticuerpos-antiTPO. Se realizó un análisis descriptivo, de las variables categóricas se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes; y para variables continuas, media o mediana, desviación estándar, mínimo y máximo e intervalos de confianza del 95%. Para el cálculo de la prevalencia de alteraciones tiroideas, se consideraron el total de mujeres con alguna alteración tiroidea dividido por el total de gestantes con todas las determinaciones cumplimentadas. El análisis comparativo de las variables se realizó mediante t de Student o la y Chi cuadrado según la naturaleza de las variables, con un nivel de confianza del 95%. Se utilizó el programa SPSS v 15.0 para Windows.

RESULTADOS

El total de la muestra fue de 391 gestantes, con una edad media de 30,41 años. La edad gestacional media a la realización de la primera determinación de los niveles séricos determinados fue de 8,28 semanas. Se observó una prevalencia del 17,61% de alteraciones tiroideas, siendo el 9,37% de hipotiroidismo subclínico; el 0,28% de hipotiroidismo clínico y el 7,67% de tiroiditis autoinmune.

CONCLUSIÓN

En base a nuestros resultados, consideramos que sería necesario realizar más estudios con muestras representativas que aporten resultados coincidentes y así justificar el realizar un estudio sistemático o screening analítico de hormonas tiroideas y anticuerpos antiTPO, a todas las mujeres embarazadas, para investigar la posible existencia de una alteración tiroidea, con la finalidad de proteger el desarrollo neurológico fetal y disminuir la morbimortalidad perinatal.

INTRODUCCIÓN DE LA ANALGESIA INTRAPARTO CON ÓXIDO NITROSO EN EL HOSPITAL DE LA INMACULADA HUÉRCAL-OVERA.

Autores: Gómez López Ascensión, Martínez Conesa Francisco, Ruiz Martínez Encarna, Martín Rodríguez Olaya, García Sánchez Consuelo.
Matronas Hospital "La Inmaculada" Huércal-Overa

ANTECEDENTES

La analgesia durante el parto ha sido y es una de las mayores preocupaciones de las mujeres y de los profesionales de la obstetricia. Ofrecer el máximo de posibilidades analgésicas a la mujer de parto es (o debe ser) prioritario en los servicios de asistencia a la maternidad. En países europeos como Inglaterra, el uso del óxido nitroso durante la dilatación y el período expulsivo está muy extendido, incluso en los parto en casa. Sin embargo, en España es poco conocido y quizá por ello no utilizado.

OBJETIVOS

PRINCIPAL:

Introducir el uso del óxido nitroso como parte de la oferta analgésica para la mujer de parto.

ESPECÍFICOS:

- Consensuar con los diferentes servicios relacionados con la asistencia al parto, el uso de la analgesia con óxido nitroso (tocoginecología, anestesia, Paritorio).
- Formar al personal sanitario relacionado con la asistencia al parto en el uso del óxido nitroso.
- Dotar al servicio de paritorio de material suficiente como para poder ofertar a cualquier mujer de parto el uso del óxido nitroso.
- Elaborar un protocolo de actuación respecto al uso apropiado del óxido nitroso.

MÉTODO

1ª FASE: Se realizó una revisión bibliográfica acerca de la evidencia científica relacionada con el uso del óxido nitroso en el período intraparto.

2ª FASE: Se planteó a los diferentes servicios relacionados con la asistencia al parto la posibilidad de incluir entre la oferta analgésica el uso del óxido nitroso.

3ª FASE: Se organizó un curso formativo teórico-práctico para todo el personal sobre la utilización de las balas de óxido nitroso.

4ª FASE: Aplicación en la fase activa del parto de la analgesia con óxido nitroso. Oferta a las usuarias.

5ª FASE: Recogida de datos y análisis de los mismos (actualmente en desarrollo).

CONCLUSIONES

La analgesia durante le período activo del parto es importante para la mujer y necesita diferentes opciones para poder elegir. El uso de óxido nitroso es fácil de aprender y tiene rápida respuesta, sin afectar al proceso del parto. Es una alternativa al uso de la epidural o la analgesia farmacológica intramuscular.

ESTUDIO EXPERIMENTAL SOBRE LA EFICACIA DE LA ESFERODINAMIA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

Autores: Delgado García Beatriz Elena, Miñana Molla Anna Silvia, Poveda Bernabeu Alberto.
Matronas H. San Juan Alicante

OBJETIVO

Determinar la eficacia del empleo de la esferodinamia (pelota gigante) durante el parto en relación a la disminución del tiempo de dilatación y expulsivo, a la mejora de la integridad perineal y a la disminución en la percepción de la intensidad del dolor.

DISEÑO

Estudio analítico experimental verdadero.

PARTICIPANTES

Gestantes entre 18 y 35 años, nulíparas, con embarazo de bajo riesgo o riesgo¹, a término y con presentación cefálica, que acudan entre los meses de Septiembre de 2007 y Abril de 2008 al servicio de dilatación y paritorio del Hospital General Universitario de Alicante, perteneciente al Departamento 19 de Salud de la Comunidad Valenciana, y que deseen participar, tras firmar un consentimiento informado. La selección de la muestra se hizo mediante un muestreo no probabilístico consecutivo de las gestantes de forma aleatoria simple.

INTERVENCIÓN

La intervención consistió en la realización de esferodinamia durante el trabajo de parto, considerando un tiempo mínimo de 20 minutos. En el grupo control no se realizó ninguna intervención particular y su seguimiento fue idéntico al del grupo intervención.

MEDICIONES PRINCIPALES:

Variables resultado: Tiempo de dilatación de 2 a 4 cm., de 4cm. a completa y tiempo de expulsivo. Grado de integridad perineal. Percepción del dolor a los 4cm. y su recuerdo en el puerperio inmediato. También se realizó la recogida del dolor en el grupo experimental antes de la intervención y 20 minutos después.

Otras variables: Sociodemográficas, realización de educación maternal, forma de inicio de parto, test de bishop al inicio, tipo de analgesia solicitada, momento en que solicitaron la analgesia, tiempo de uso de la PG, peso fetal, Apgar al minuto y a los 5 minutos, tipo de finalización de parto, motivo de distocia, realización de esferodinamia en el embarazo.

METODOLOGÍA

La **recogida de datos** se hizo a través de la historia clínica, el partograma y la hoja de recogida de datos. El **análisis de los datos** se hizo mediante el programa estadístico SPSS 16 comparando las características epidemiológicas y las condiciones obstétricas al ingreso de los dos grupos para comprobar si eran homogéneos, y después el resto de variables buscando diferencias. Se realizó mediante la prueba estadística χ^2 (para comparar las variables cualitativas) y la prueba T de Student (para las cuantitativas).

RESULTADOS

Tiempo de dilatación medio de 2 a 4cm. de 250,50 min. (DE $\pm 143,9$) para el grupo experimental y para el control 267,4min. (DE $\pm 140,9$); Tiempo de 4 cm. a completa de 229,4min. (DE $\pm 116,7$) para el grupo experimental y para el control 248,1min. (DE $\pm 175,5$);

Tiempo de expulsivo de 93,2min. (DE $\pm 79,8$) para el grupo experimental y para el control 78,5min. (DE $\pm 54,4$), no encontrando diferencias significativas (NS) en ninguno de ellos.

Grado de integridad perineal en el grupo experimental fue mayor 33,3% (n=7) frente a un 9,1%(n=2) del grupo control; Por otro lado el porcentaje de episiotomías fue superior en el grupo control, 81,8% (n=18) frente al 66,7% (n=14). NS.

Sí resultaron diferencias estadísticamente significativas en la **percepción del dolor** entre ambos grupo, siendo a los 4 cm. de dilatación significativamente menor en el grupo que empleo la PG, 6,9 puntos (DE

$\pm 2,67$) frente a 8,2 (DE $\pm 0,98$), con un grado de significación para una $p=0,039$. La diferencia en el puerperio inmediato fue de 1,48 puntos, mayor en el grupo control y también estadísticamente significativa (prueba $T=3,10$; $gl = 48$; $p = 0,003267$). La medición del dolor en el grupo experimental antes del uso de la PG fue de 7,45 puntos en la EVA y tras 20 minutos de intervención de 6,07 puntos, siendo la diferencia significativa estadísticamente con una $T=4,908$; $gl=29$; y $p<0,001$.

DISCUSIÓN

La esferodinamia durante el trabajo de parto influye en dicho proceso disminuyendo la percepción del dolor. En el resto de variables principales no se han encontrado diferencias significativas. Consideramos necesario investigar sobre éstas y otras variantes del empleo de la PG así como realizar nuevos estudios con muestras de suficiente tamaño incluso ampliando la población diana, para llegar a conclusiones definitivas y poder extrapolar los resultados a la población general, tareas en las que ya está inmerso nuestro grupo de trabajo.

PLANES DE PARTO E IMPLANTACIÓN EN EL CSC DE GRANADA

Autores: Lemus Mas Rosa¹, M^a Barrios García Margarita², Caño Aguilar África³, García Ros Francisco⁴, Ros Castro Rosario⁵
¹Matrona .Hospital Clínico S. Cecilio .Granada, ²Matrona. Hospital Clínico Cecilio Granada, ³FEA Hospital clínico S. Cecilio ⁴Enfermero H.Clínico S. Cecilio , ⁵Matrona.

INTRODUCCIÓN

Los Planes de Parto y nacimiento son documentos escritos que elaboran las gestantes junto a sus matronas y que reflejan las expectativas y el tipo de atención que desean durante el parto. Sirven, por tanto, como una herramienta de comunicación entre los profesionales implicados en el nacimiento y los padres.

DESARROLLO

Desde el año 2006 se comienzan a recibir Planes de parto en el HCSC. Este hecho coincide con el inicio de un proceso de cambio para una atención más humanizada y menos intervencionista del parto en nuestro medio, por lo que comenzamos a integrarlos en nuestra práctica habitual.

Sin embargo, había poca información y a veces las gestantes aparecían con el Plan de parto el mismo día que acudían a parir, lo que provocaba situaciones difíciles y algún que otro mal entendido. Por este motivo y aprovechando el apoyo que, desde el primer momento recibimos de la Dirección- Gerencia del hospital, se decidió establecer un circuito que ayudara a canalizar las solicitudes de Planes de parto y nacimiento, haciéndolas efectivas.

También contamos con la ayuda de las matronas de AP de nuestra área de influencia, a las que se les envió documento informativo del circuito para facilitar a las gestantes esta iniciativa.

Los pasos a seguir son los siguientes:

- Entrega del Plan de parto en el registro del hospital para su tramitación.
- Envío del Plan de parto a los servicios involucrados en el mismo (obstetricia y pediatría).
- El Plan de parto es contestado por el responsable del servicio, confirmando así la gestante que su Plan ha sido recibido.
- Una copia queda archivada en el paritorio y se le indica a la gestante que aporte otra el día del parto, que quedará incluida en la historia clínica.

OBJETIVO

- ✓ Mejorar los trámites para la recepción de los Planes de parto y nacimiento en el HCSC de Granada.
- ✓ Implantar un circuito institucional que permita garantizar la eficacia de los Planes de parto como herramienta de avance en la mejora de la asistencia al parto.

RESULTADOS

El nº de Planes de parto recibidos desde que se implantó el circuito se incrementó recibiendo Planes no sólo de nuestra zona , sino de otras zonas de influencia.

CONCLUSIONES

- ✓ Creemos que establecer un circuito ha sido una medida eficaz para canalizar la admisión de Planes de parto en nuestro hospital.
- ✓ Pensamos que presta credibilidad y seriedad ante las usuarias, que nos siguen enviando sus Planes de parto.
- ✓ Ayuda a disminuir reticencias iniciales entre los profesionales, haciendo que los Planes de parto se hayan integrado con naturalidad en nuestra práctica cotidiana.

IMPORTANCIA DEL “PERIODO PRIMAL” Y PRIMERA INFANCIA EN LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA

Autora: Dolores Gómez Ruiz.

Matrona C.S Cazoña Santander

Las últimas cifras en el estudio de la violencia presentadas tanto por el Centro Reina Sofía como por el Instituto de la Mujer ponen en evidencia el mayor incremento de violencia en el seno de la familia.

Las investigaciones que se han realizado apuntan a que las semillas de la paz están en nuestras manos. La hipótesis es que una crianza adecuada en ausencia de estrés permite a nuestro cerebro desarrollarse de manera menos agresiva y emocionalmente estable y que este proceso permite a los humanos desarrollar más su potencial creativo. Se pone también de relieve la importancia del entorno. (Debra Niehoff, James Prescott)

El movimiento perinatal en psicología, que está en crecimiento y que tuvo sus orígenes en las teorías de Otto Rank, cobró impulso con las investigaciones de David Chamberlain y otros, afirma de manera convincente que el recuerdo sepultado del trauma del nacimiento tiene un profundo efecto sobre la psiquis y puede reaparecer mas tarde en la vida.

Por otro lado Caldeyro – Barcia, Leboyer y Michel Odent son los primeros Obstetras defensores de un parto sin intervención innecesaria ya que se aparta de la condición fisiológica del parto y enfatizan en el importante papel que tiene la familia .Este último afirma que “se producirá una revolución en nuestra visión de la violencia cuando el proceso del nacimiento se vea como un periodo crítico en el desarrollo de la capacidad de amar”. La primera hora después del nacimiento es clave para que la biología y la psique reciban una impronta rápida contra la violencia.

El trabajo repasa las teorías de estos autores fruto de sus investigaciones, de cara a conocer la importancia de nuestras actuaciones en la prevención de la violencia.

MASAJE PERINEAL ANTENATAL

Autores: Esteban Morón José Luis¹, López Sierra Rocío², Victoria Nieto Francisca Dolores³, Hidalgo Sáez María⁴.

^{1,2} EIR R-2, Unidad Docente de Granada H. Universitario San Cecilio, Granada. ^{3,4} Matronas H. Universitario San Cecilio, Granada

INTRODUCCION

El trauma del aparato genital acompaña con frecuencia al parto vaginal, en forma de episiotomía, desgarros espontáneos, o combinación de ambos.

En nuestro medio las tasas de trauma perineal permanecen altas sobre todo en las mujeres nulíparas.

OBJETIVOS

-Evaluar el efecto del masaje perineal ante natal, sobre la incidencia del traumatismo perineal en el parto y la morbilidad posterior.

-Evaluar el masaje perineal intraparto, y sus posibles efectos adversos.

-Definir la realidad diaria del trabajo de las matronas ante tales prácticas.

-Mostrar las diferentes técnicas y posturas de las gestantes para masaje perineal antenatal, así como los distintos productos naturales que se que se emplean.

METODOLOGIA

Búsqueda bibliograficas en bases de datos cochrane, index, cuiden, medline, y matronas formación.

Palabras clave:

Masaje perineal, trauma perineal, episiotomía, desgarro, suelo pélvico y dispareunia.

RESULTADOS

La morbilidad asociada con trauma perineal:

El 40% de las mujeres con trauma perineal describen dolor en las dos primeras semanas después del parto, hasta un 20% de las mujeres aun sienten dolor a las ocho semanas (Glazener), y de un 7 a un 9% sienten dolor a los 3 meses. Las mujeres que dan a luz con periné integro notifican con menor frecuencia la presencia de dolor a 1, 2, 10 y 90 días después del parto, y tienen mayor probabilidad de reanudar el coito antes, con mayor satisfacción sexual y mas probabilidad de orgasmos 6 meses después del parto. Estas mujeres presentan suelos pélvicos más fuertes, medido por electromiograma (Klein).

Uso restrictivo de episiotomía:

Da lugar a menos trauma perineal, menos suturas, y menos complicaciones en la cicatrización. (Carroli).

La episiotomía no reduce el riesgo de trauma intraventricular en los recién nacidos de bajo peso (Woolley).

Incontinencia de esfínteres:

Se identifican lesiones del esfínter o de la mucosa anal en un 3-4% de todos los partos vaginales. Un tercio de las lesiones de esfínter anal tendrán algún grado de incontinencia de las heces (de leve a severo) después de la reparación primaria (Sultan).

Masaje perineal durante el periodo expulsivo:

Se analizó un estudio realizado por Stamp G. en el que se concluye que es una práctica que debería utilizarse con prudencia o incluso abandonarse pues genera molestias a la mujer y no aporta ningún beneficio.

Suturas:

La utilización de la técnica subcuticular (intradérmica) continua se asoció con menos dolor posparto, en comparación con suturas interrumpidas (Kettle).

Masaje perineal antenatal:

Aumenta la flexibilidad de los músculos perineales, aumentando la resistencia de estos. Permite extender el perineo durante el parto sin que produzca desgarros o necesidad de episiotomía.

TECNICA DEL MASAJE PERINEAL ANTENATAL:

Se explica la técnica y sus diferentes posturas tanto si la gestante lo realiza sola o ayudada por su pareja. Se le dan las pautas de cuando hay que comenzar y con que productos naturales ha de realizarlo (aceite de rosa mosqueta etc.). Medidas antes del masaje como baños calientes en periné y paños húmedos y calientes. Se aportan fotografías de la técnica y de las posturas.

EVALUACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN PATERNA Y EL CONTACTO PIEL CON PIEL EN EL PARTO.

*Autores: Julia Gisbert, Ana, Dema Pérez Silvia.
Matronas Consorcio Hospital General de Valencia.*

ANTECEDENTES

Nuestra larga experiencia de la “presencia del padre en el parto” como matronas, nos ha llevado a establecer continuos cambios ensayo/error, por lo que nos propusimos realizar un estudio basándonos en el desarrollo actual de la “asistencia basada en la evidencia”, aplicando así el método científico, aunque sabemos que nuestro trabajo es un continuo aprendizaje que durará toda nuestra vida como profesionales.

OBJETIVO

El objetivo principal de nuestro trabajo es la participación activa y eficaz del padre en el “momento del parto”. Ante este objetivo principal hemos generado otros no menos importantes.

MATERIAL Y MÉTODO

El método utilizado ha sido la “práctica basada en la evidencia” (PBE), como proceso de aprendizaje autodirigido, con la elaboración de protocolos como documentos operativos muy nuevos. El material utilizado han sido los protocolos resultantes de la investigación –acción llevada a cabo durante años.

RESULTADOS

La unificación de criterios, práctica, más la necesidad de instrumentos que garanticen la aplicación de nuestros objetivos, han dado como resultados la elaboración ordenada de protocolos sobre la presencia del padre en el parto, y el contacto precoz con el recién nacido; marcando unas pautas de actuación unificadas y consensuadas entre los que las van a utilizar.

PRIMER PROTOCOLO

TÍTULO: Participación paterna al nacimiento

SEGUNDO PROTOCOLO

TÍTULO: Contacto precoz piel con piel.

CONCLUSIONES

El resultado de nuestro trabajo nos ha llevado a la conclusión que en nuestra praxis diaria es necesaria una evaluación continua de la calidad mediante la realización de guías clínicas basadas en nuestra evidencia práctica, ya que el esfuerzo realizado lo transforma en producto propio, facilitando su introducción en la práctica, y la toma de decisiones compartidas con el trinomio madre-padre-recién nacido y profesionales. Además de la elaboración de nuevos protocolos sobre la preparación correcta del padre, ya que este no es un “invitado a mirar”, sino que tiene una labor a realizar cuyo objetivo es prestar apoyo afectivo durante el parto a la madre y al recién nacido.

ESTUDIO SOBRE LAS ACTITUDES Y CONDUCTAS DE LOS PADRES EN EL MOMENTO DEL PARTO

Autores: Martínez Casal Silvia ¹, Solá Atarés Gemma ², Manzano Garzarán Pilar³, Cervera Puig Concha⁴.
¹Matrona, H."Dr.Peset".Valencia, ²Matrona, C. Salud Pública.Valencia ^{3,4} Matrona, H."General".Valencia

INTRODUCCIÓN

Como matronas de la Unidad de Partorio del Consorcio del Hospital General Universitario de Valencia, hemos constatado que en la actualidad se dan una serie de factores relacionados con el parto, poco usuales hasta ahora y de nuevas situaciones individuales y familiares dignos de estudio e intervención, dada la tendencia al respecto en los últimos años: han aumentado el número de partos y las mujeres que asistimos pertenecen a etnias, culturas, religiones y nacionalidades diversas y frecuentemente muy diferentes de los que en años anteriores atendíamos. Además la sujeción de un modelo o sistema familiar (padre/ madre/ hijos) que no coincide con la realidad que existe en nuestra sociedad. (1)

Consideramos que los factores culturales sociales y familiares deben ser evaluados para poder ofrecer una asistencia de calidad que demanda la población que actualmente atendemos para poder ofrecer una asistencia de calidad que demanda la población que actualmente atendemos para alcanzar lo que la Confederación Internacional de Matronas (C.I.M) define "como unos servicios sanitarios de la máxima calidad, que todas las mujeres merecen, adecuados a su cultura y basados en pruebas".(2)

MATERIAL

Población estudio : gestantes que acudieron a la Unidad de partorio, en el momento del parto en el periodo expulsivo.

Muestra : 184 embarazadas, cuyo parto fue atendido por matronas y residentes de matronas en el periodo de prácticas en los meses de Julio., Agosto y Septiembre. (3)

La Técnica utilizada ha sido la entrevista focalizada o semiestructurada, cumplimentada con observaciones sencillas. **El cuestionario/ entrevista** evalúa cuarenta y cinco parámetros.

La recogida de datos se llevó a cabo en el periodo de dilatación en el momento de la monitorización y previo consentimiento firmado e información a la gestante y padre/pareja.

La entrevista se basó en una conversación abierta que el entrevistador dirigía para recoger de forma escrita sobre el cuestionario, las variables específicas del estudio.

Estas entrevistas fueron semejantes a la anamnesis clínica.

MÉTODO

El estudio se plantea desde la metodología de las ciencias sociales Investigación-Acción.

Una vez realizadas las entrevistas y reflejados los datos sobre los cuestionarios, con el fin de alcanzar los objetivos propuestos, se sometieron los datos a un análisis sistemático y a una posterior interpretación. Puede considerarse el análisis como el proceso de separar los elementos básicos de la información y examinarlos con el propósito de responder a las distintas cuestiones planteadas en la investigación.

La interpretación es, en cambio, un proceso mental mediante el cual se trata de encontrar un significado más amplio en la información recabada/alcanzada.(4)

RESULTADOS

La interpretación de los resultados para el análisis de las actitudes y conductas del padre/pareja en el momento del parto nos ha llevado al estudio de la conducta humana o de los fenómenos psíquicos mediante la moderna concepción de la psicología humana de Rohrer (5). Nuestro aprendizaje nos ha servido para obtener unos resultados que consideramos de un gran valor para la modificación de nuestros planes de cuidados y la elaboración de vías clínicas con protocolos prácticos.

De las 184 gestantes entrevistadas, la tasa de colaboración ha sido del 100%.

Los parámetros evaluados han sido un total de 45. Este trabajo solo ha utilizado un parámetro de la entrevista que recogía la actitud/conducta del padre en el expulsivo.

-Sólo un 10,3% de padres no están en el momento del parto porque un...

26.3%	Terminan en cesàrea
15.3%	No están en la sala de espera cuando se les avisa
10.5%	Están en prisión (Uno en Picasent y otro en Ciudad real)
5.2%	No han querido asumir la paternidad y no están
10.5%	Se han ido a casa porque hay futbol y a trabajar
5.2%	Falleció durante el embarazo
26.3%	Alegan que... -“no quieren pasar” sin más explicación aunque se les invita sin insistir. -“...tampoco pasó al de su otra hija” y quiere igualdad de condiciones. -“ ...tiene mucho miedo...” -“...no quiere traumatizarse...”

- Del 89.6% que están presentes en el nacimiento de su hijo, hemos seleccionado y agrupado tanto las manifestaciones orales como las conductas observadas por los entrevistadores. Con los siguientes resultados

36.9%	Están muy nerviosos
29%	Son muy cariñosos y afectivos con la mujer y el recién nacido
28.4 %	“... están muy ilusionados...”
27.8%.	Son muy colaboradores con todo lo que la matrona le va indicando
16.3%	Están emocionados
16.3%	Atienden/hablan con su mujer y el recién nacido
13.3%	”...Tienen miedo...” (están asustados)
11.5%	“...Preocupados por si no aguantan bien y se marean...” No se mareó ninguno
9.6%	“...Están tranquilos...”
9.6%	Muy contentos y dicen “Estoy feliz”
8.4%	No receptivos, inexpresivos, ausentes, nada participativos
7.8%	Tímido correctos, retraídos y educados.
6%	“...Ansioso y desesperado por la espera...”
5.4%	Se niegan a cortar el cordón umbilical
3.6%	Se desmayan y caen al suelo
2.4%	Lloran y nos dicen que “es de emoción...”
2.4%	Agresivos-descontrolados. Diciendo palabrotas, pero se calman.
2.4%	Mucha ilusión porque son niñas. Uno dice “Estoy chocho porque es una niña”
1.2%	“Estoy hecho un flan...”
0.6%	“...Estoy triste porque mis otros hijos están en ecuador...”
0.6%	“...Los hombres no tomamos conciencia de un hijo hasta que no lo vemos...”
0.6%	Desea filmar el parto y no se le deja por órdenes del hospital

Del total de padres/parejas presentes en el parto nos aparecen 23 actitudes y conductas diferentes de las cuales un:

21.7% Son negativas

78.2% Muy positivas.

CONCLUSIONES

El trabajo nos ha resultado a todo el equipo muy enriquecedor y gratificante puesto que nos hemos sentido como un miembro más de la familia o del trinomio madre-padre-recién nacido.

Hemos podido...

Conseguir de la Dirección de Hospital que a partir de los resultados se puedan filmar los partos o realizar fotografías, por los padres a su mujer y su hijo, con las debidas precauciones y respetando las normas establecidas.

Concienciarnos de la modificación de protocolos sobre información a la pareja y familiares.

Prevenir los posibles riesgos de accidentes en los padres en sus caídas.

Posibilitar un ambiente en Paritorio/quirófano relajado e íntimo.

Reforzar las habilidades sociales en el personal sanitario que asiste en el momento del parto: tono de voz, trato, lenguaje entendible y respetuoso.

Facilitar el contacto precoz de los padres con el recién nacido (7)

Cambiar actitudes del personal sanitario ante las variedades y diferencias de lo que consideramos una familia típica.

Promover una actitud de respeto ante nuevos tipos y sistemas familiares, solteras, homosexuales, fertilizaciones..

Orientar nuestras capacidades profesionales para mejorar la salud y las condiciones de las parejas/recien nacidos, acercándoles los recursos de que disponemos en el centro.

Respetar las decisiones que adopten las parejas según sus propios valores socioculturales o religiosos.

QUESTIONES GENERALES SOBRE EL MODO DE PARTEAR, Y CUIDAR À LAS MUGERES, QUE ESTÁN EMBARAZADAS O PARIDAS. TRATADO NUEVO COMPUESTO POR D. PABLO PETIT". UNA NUEVA FORMA DE ENSEÑAR A COMADRES Y CIRUJANOS.

Autora: Teresa Martínez Mollá.

Matrona. CS Hospital Provincial. Alicante.

ANTECEDENTES

A partir del siglo XVI se escriben en castellano obras para la formación de las matronas, y su estudio, desde una perspectiva histórica, nos ayuda a comprender mejor el desarrollo de la profesión y con ello nuestra labor como matronas.

OBJETIVOS

Conocer las características de la formación de las matronas y cirujanos en el siglo XVIII a través de la obra de D. Pablo Petit *Questiones generales sobre el modo de partear, y cuidar à las Mugerres, que están embarazadas o paridas*, y comprender mejor la evolución de la profesión a lo largo de su historia.

MÉTODO

Hemos utilizado el método de investigación histórica, con la búsqueda y localización de las fuentes, su lectura analítica, la recogida sistemática de datos e ideas, y la exposición de una síntesis que permita al lector conocer algunas de las propuestas que se hacían a las matronas y cirujanos en el siglo XVIII para su formación.

RESULTADOS

Nuestro estudio nos ha permitido conocer el programa formativo que D. Pablo Petit ofrece a las parteras y cirujanos a través de su obra, en donde recoge conocimientos de anatomía y fisiología, aunque, lógicamente, respondían al desarrollo científico de la época; los signos y síntomas del embarazo, parto, falso parto, aborto y otros aspectos, así como recomendaciones para superar los problemas que podían surgir en el embarazo, en el parto, en el puerperio y en la lactancia. Hemos conocido la manera clara y didáctica que utilizaba el autor para que las parteras y cirujanos aprendieran a realizar las distintas maniobras y exploraciones necesarias para atender a la mujer tanto en la normalidad como en la patología, proporcionando una amplia y variada muestra de remedios y soluciones para los distintos problemas a los que se tenían que enfrentar estos profesionales. Igualmente hemos conocido las propuestas que hacía el autor para la atención al recién nacido, y cómo enseñaba a las comadres el momento adecuado para llamar a los cirujanos. Todas estas recomendaciones se completan con otras referidas al modo de ejercer la profesión, las cualidades morales que se tienen que tener e, incluso, la forma de actuar en situaciones en las que corría peligro la vida de la madre o el niño.

CONCLUSIONES.

Podemos afirmar que la obra de D. Pablo Petit representa un avance significativo en los intentos por establecer un sistema de enseñanza apropiado y eficaz para las matronas, en el que a través de un método novedoso de preguntas y respuestas se ofrecen los conocimientos necesarios para la formación adecuada de estos profesionales, basándose en autoridades médicas reconocidas, como Hipócrates y Mauriceau. Todo ello se consigue exponiendo de forma exhaustiva los conocimientos que tanto parteras como cirujanos debían tener en su atención a la gestante, puérpera y mujer que se encargaba de la lactancia. El conocimiento de obras como la que hemos estudiado ayudan a comprender el camino recorrido por las matronas españolas a lo largo de los siglos para conseguir ofrecer unos cuidados de calidad y ganarse la confianza y el respeto de toda la sociedad.

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LAS MUJERES CON SU PARTO.

Autores: Garrote Robles Ana ¹, Carrero Ortega María ², Gutiérrez Munuera Marta ³, Moya Cobo Alba ⁴, Herce Lerma Esther⁵.
¹ Matrona, Hospital "Gregorio Marañón", Madrid. ² Matrona, "Hospital del Tajo", Aranjuez, Madrid. ³ Matrona, Hospital "Gregorio Marañón", Madrid, ⁴ Matrona, Hospital "Virgen del Camino", Pamplona, Navarra, ⁵ Matrona, Hospital "Gregorio Marañón", Madrid.

ANTECEDENTES

La importancia de la medición del grado de satisfacción de las mujeres, reside en el significado que ésta tiene como resultado en salud para cuidadores, administradores y políticos. Además, la satisfacción de la mujer con su experiencia de parto, tiene consecuencias a corto, medio y largo plazo, en su salud, e incluso en su relación con el niño.

OBJETIVOS

Objetivo general: conocer el grado de satisfacción de la mujer en el trabajo de parto y parto normales. Objetivos específicos: conocer las variables obstétricas, neonatales, sociodemográficas y las categorías de cuidados que influyen en el grado de satisfacción.

MÉTODO

Se trata de un estudio observacional transversal descriptivo. La población de referencia son todas aquellas mujeres que han experimentado un parto normal. Se utilizó una técnica de muestreo aleatorio por conglomerados, obteniendo una muestra final de 361 mujeres.

Para la recogida de datos, se emplearon dos instrumentos: una hoja de datos objetivos, en la que se recogían variables de tipo obstétrico y neonatal, que era cumplimentada por el experimentador. Por otro lado, un cuestionario de elaboración propia, autocumplimentado por las propias mujeres, habiendo transcurrido 24 horas del parto. Dentro de esta última, se recogían, entre otras, tres variables que se utilizaron como variables dependientes del estudio. Éstas eran: "satisfacción del parto"; "respeto por PARTE DE LOS PROFESIONALES"; "ATENCIÓN RECIBIDA".

RESULTADOS

VARIABLE	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA	MEDIANA	MODA
Satisfacción con el parto	7,56	2,340	8	10
Respeto	8,83	1,575	9	10
Atención recibida	8,48	1,739	9	10

Con la prueba de Kolmogorov-Smirnov se rechaza la hipótesis de normalidad, por lo que para el análisis multivariante hay que utilizar pruebas de contraste no paramétricas (U de Mann-Withney).

Tras el análisis multivariante, las variables que han resultado ser estadísticamente significativas, son:

- Para la "satisfacción del parto": Cambio de turno, epidural (de manera negativa), episiotomía, posición deseada, intimidad, contacto madre-hijo, información, primípara, eutócico y periné íntegro.
- Para el "respeto por parte de los profesionales": rasurado, posición deseada, primíparas, información, intimidad y peso del recién nacido.
- Para la "atención recibida": cambio de turno, intimidad, información, periné íntegro y peso del recién nacido.

CONCLUSIÓN

Cabe resaltar la importancia de variables de carácter psicológico-cognitivo (como la información y la intimidad, que influyen en las tres variables dependientes, el contacto madre-hijo); éstas son variables que las matronas pueden manejar casi en su totalidad, y a las que las mujeres dan mucho valor. Conviene dejar atrás prácticas de demostrada ineficacia, como son el rasurado, o enemado. La mayor puntuación de respeto y atención que de satisfacción, en la que influyen más variables de tipo obstétrico.

VISIÓN ANTROPOLÓGICA DEL CLIMATERIO EN MUJERES PREMENOPÁUSICAS DE ORIGEN ESPAÑOL

Autores: Galindo Moreno Irene , Sevillano Mantas Marta, Izquierdo Gil Fátima, Jiménez Galiano Ana Belén Domínguez Simón M^a Jesús.

EIRs Unidad Docente de Matronas de la Comunidad de Madrid

ANTECEDENTES

La etapa del climaterio supone un periodo en la vida de la mujer, complejo y de larga duración. La vivencia personal de este período en cada mujer va a depender de múltiples factores, entre los que se destaca los conocimientos previos sobre el proceso, los sentimientos que despierta en cada mujer esta nueva etapa en su vida y la sociedad a la que pertenezca. Conocer la cosmovisión de las mujeres nos ayudará como profesionales, a que afronten su nueva situación con éxito.

OBJETIVOS Y MÉTODO

Con el fin de conocer la existencia de déficit de conocimientos, así como mitos, miedos y sentimientos que aparecen asociados a la menopausia, se ha realizado una investigación cualitativa sobre la visión antropológica del climaterio en mujeres premenopaúsicas de origen español, con edades comprendidas entre los 35-45 años, de un área de la Comunidad de Madrid, con un nivel socioeconómico medio. Se han realizado un total de 80 entrevistas semiestructuradas.

RESULTADOS

Para las mujeres, la menopausia tiene una connotación negativa, se relaciona con términos como envejecimiento o pérdida de feminidad. La mayoría de las mujeres conocen la sintomatología asociada al climaterio, siendo los sofocos el síntoma más conocido y los cambios de tipo psicológico los que más las preocupan. Saben más sobre los tratamientos farmacológicos que sobre los cuidados y vida saludable a realizar durante el climaterio, lo que refuerza la idea de que asocian el climaterio a una enfermedad, en lugar de un proceso vital fisiológico. Este hecho puede explicar la alta demanda de servicios de salud por parte de las mujeres en este rango de edad.

Algunas mujeres entrevistadas manifiestan falta de información y sólo una menciona a la matrona como profesional de referencia.

CONCLUSIONES

Es importante que la matrona conozca bien cuáles son las necesidades reales de las mujeres para poder dar una atención de calidad.

Debemos reforzar la idea de que la menopausia es una etapa más en la vida de la mujer, incidiendo en los aspectos positivos e implicando en el proceso a la población de apoyo.

Por último, la figura de la matrona debe potenciarse, de modo que pase a ser profesional de referencia para estas mujeres.

UTILIZACIÓN DE LOS DISPOSITIVOS DE URGENCIAS EN GESTANTES INMIGRANTES Y AUTÓCTONAS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE, 2008

Autores: Tejedor Muñoz Rebeca¹, Martínez Santos Carmen Pilar², Cabezuelo Cuartero Beatriz³, Millán Callado Ana Soledad⁴, Pardo Serrano Carmen⁵.
^{1,2,3,4} E.I.R U.D. Albacete, ⁵ Matrona E.U.Enfermería

ANTECEDENTES

En la última década se ha producido un vigoroso crecimiento de la población inmigrante en España. Según distintos estudios, el inmigrante demanda menor atención sanitaria y de urgencia que el autóctono, salvo para el servicio de tocología. El perfil del inmigrante que utiliza los servicios sanitarios es el de una mujer; que accede por el servicio de urgencias, y requiere atención durante su embarazo,

OBJETIVO

Describir las diferencias en la demanda del servicio de Urgencias tcológicas en el Hospital de Albacete entre inmigrantes y autóctonas entre abril y mayo de 2008.

MÉTODO

Estudio descriptivo realizado en 250 mujeres (125 inmigrantes y 125 autóctonas). Se seleccionaron las variables: número de visitas a urgencias durante el embarazo y motivos, número de ingresos y causas, profesión, tipo de contrato, edad gestacional y peso del neonato

RESULTADOS

La proporción de partos en inmigrantes es del 21,5%, (aumento del 10,8% desde 2004). La media de consultas en urgencias hospitalarias por gestación es de 1.0 en inmigrantes y 0.88 en autóctonas ($p=0.730$); los motivos de consulta en urgencias en ambos grupos son: dolor/contracciones uterinas 64,7%, ITU/cólico nefrítico 12%, hemorragia 12%, otros 12%. Se produce un mayor número medio de consultas de urgencias en grupos profesionales de mayor cualificación (empleados administrativos 2,5, frente a 0,68 en desempleados o 1,45 en trabajadores no cualificados). El porcentaje de mujeres que no trabaja es del 72,7% en inmigrantes y del 27,3% en las autóctonas. En cuanto al tipo de contrato, la totalidad de las mujeres sin contrato son inmigrantes, de los temporales el 83,3% son inmigrantes y de los contratos fijos sólo el 5,3% pertenecen a este grupo. La media de ingresos por embarazo es de 0.32 en inmigrantes y 0.24 en autóctonas ($p=0.663$); el principal motivo de ingreso es dolor por contracción (77.8% en ambos grupos). No se observan diferencias en cuanto a la edad gestacional ($p=0,197$) ni en el peso promedio del recién nacido ($p=0,545$).

CONCLUSIONES

No existen diferencias en cuanto a la utilización de los servicios de urgencias y motivos de consulta, ni en el número y causa de ingresos. Las diferencias se relacionan con las condiciones socioeconómicas. El índice de prematuridad es similar en ambos grupos.

LACTANCIA NATURAL. FORMACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO.

*Autores: López Solís Francisco Javier, Atiénzar Martínez M^a Belén .
Matronas del Hospital de Torreveja*

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna está plagada de mitos y creencias. Las madres reciben información de familiares, conocidos y de los diferentes profesionales de la salud dificultando aún más el proceso de aprendizaje y adaptación. Diversos estudios han demostrado la importancia de formar al personal de maternidad en lactancia materna con el fin de aunar criterios y evitar la propagación de falsas creencias. Ésta formación es fundamental para la consecución de la acreditación "hospital amigo de los niños", otorgada por UNICEF.

OBJETIVOS

Observar el nivel de conocimiento de los profesionales de salud del ámbito hospitalario sobre lactancia materna y estudiar el impacto que la formación del personal sanitario produce en el apoyo que los profesionales ofrecen a las madres en el ámbito hospitalario.

METODOLOGÍA

Estudio prospectivo longitudinal. En una primera fase los investigadores realizaron una encuesta con preguntas relacionadas con la lactancia. El mismo cuestionario fue rellenado una vez concluido el curso de formación. Los cuestionarios fueron codificados de forma única para preservar el anonimato de los participantes y evitar sesgos, y constaba de dos partes; una en la que se evaluaban conocimientos de los participantes, con 24 enunciados referentes al contenido del curso, valorados como: "verdadero", "falso" o "no sé". La segunda parte del cuestionario incluyó datos socio-demográficos. La segunda fase del estudio consistió en el análisis de los datos recogidos e interpretación de los resultados.

RESULTADOS

Se recogieron 46 cuestionarios en la primera fase. Los cuestionarios de la primera fase sin cuestionario asociado en la segunda fase fueron desestimados, quedando una muestra final n=39 (84.78%). Del total de participantes, 18 (46%) eran enfermeras, 16 (41%) eran auxiliares de enfermería y 2 (5%) eran pediatras. También participaron 3 matronas. Doce participantes (30.77%) tenían experiencia propia en lactancia natural. La experiencia profesional media de las enfermeras era de 6 años, mientras que en las auxiliares era de 5.7 años.

En el primer cuestionario se obtuvo una media de 17,97 aciertos (74,89%), 3,87 errores (16,13%) y una media de 2,15 preguntas (8,97%) fueron respondidas como "no sé". En el segundo cuestionario se obtuvo una media de 21,92 aciertos (91,34%), 2,03 errores (8,44%) y una media de 0,05 preguntas (0,21%) fueron respondidas como "no sé".

Se observa un incremento en el número de aciertos en todas las categorías, así como una disminución EN EL NÚMERO DE ERRORES Y DE PREGUNTAS NO RESPONDIDAS 6%).

CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos vienen a engrosar el cuerpo de evidencia científica que propone la formación del personal como un método de fácil implementación para mejorar la salud de la población infantil a través del incremento en la duración de la lactancia natural y en el número de mujeres que eligen la lactancia natural. La formación de personal sanitario sólo es efectiva si se realiza como parte de un paquete de medidas destinadas a mejorar la calidad de los servicios prestados por todos los participantes en el proceso sanitario.

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN ALBACETE. ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA.

Autores: Herce Lerma Esther¹, Requena Martínez Verónica², Rubio Martínez Ana Rosa³, Segovia Jiménez Juana⁴, Sierra Vázquez Eva⁵.

¹ Matrona, Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid), ² Matrona, Hospital Comarcal de Hellín (Albacete), ³ Matrona, Centro de Salud de Villarrobledo (Albacete), ⁴ Matrona, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, ⁵ Matrona, Hospital Universitario Clínico San Carlos (Madrid)

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

Las ventajas de la lactancia materna (LM) son múltiples e importantes, existiendo evidencia científica sólida al respecto. Sin embargo no todas las mujeres la inician, o la abandonan antes de los 6 meses recomendados por la OMS.

Al revisar la bibliografía encontramos numerosos estudios sobre la prevalencia de la LM a nivel nacional. Sin embargo no existen estudios referidos a nuestro entorno más inmediato. Existe también una amplia bibliografía sobre los factores que han contribuido a la recuperación del amamantamiento como práctica habitual, pero la mayoría de los estudios realizan un análisis bivariante para demostrar el comportamiento de dichos factores, siendo muy escasos los que analizan esta relación de forma multivariante.

OBJETIVOS

Objetivo general: *Conocer la prevalencia y los factores de riesgo asociados al inicio y duración de la LM en Albacete.*

Objetivos específicos:

- *Determinar la prevalencia de la LM en el postparto inmediato*
- *Identificar los factores protectores y de riesgo de no inicio y de abandono de la LM*
- *Conocer la evolución temporal de la LM*
-

MÉTODO

Se ha llevado a cabo un estudio observacional descriptivo prospectivo localizado en el área urbana de Albacete. La información se recogió desde el 1 de noviembre de 2006 hasta 15 de junio de 2007. El estudio ha consistido en la localización telefónica de las mujeres objeto de estudio en el momento del alta hospitalaria y su seguimiento durante seis meses, mediante la cumplimentación de un cuestionario de elaboración propia.

RESULTADOS

En primer lugar y para controlar el sesgo de selección hemos realizado un análisis de comparabilidad entre el grupo de contactadas y el no contactadas, para lo que hemos empleado pruebas de χ^2 y t de Student-Fisher. Han resultado diferencias significativas entre los dos grupos únicamente para las variables edad, nº de hijos y nacionalidad. Una vez controlado el sesgo de selección hemos estudiado la prevalencia de LM exclusiva al inicio resultando ésta del 78,0% (7% para la lactancia mixta y 15% para la lactancia artificial). Posteriormente hemos realizado un análisis multivariante mediante regresión logística binaria analizando la razón de prevalencia y sus IC del 95%, que demuestra que la asistencia a educación maternal, el nivel académico alto y la lactancia en hijos anteriores son factores protectores de la LM, resultando factores de riesgo, la elevada edad materna, la vía del parto mediante cesárea y el bajo peso del recién nacido. Para conocer la evolución temporal de la LM hemos creado una curva de supervivencia mediante el método Kaplan-Meier, que refleja: una alta tasa de inicio (~ 80%), un progresivo descenso desde el primer mes (~ 70%), una caída brusca coincidiendo con el 6º mes (~ 30%), y por último un descenso muy progresivo a partir de este punto. Para finalizar hemos realizado un análisis multivariante mediante regresión de Cox para conocer la razón de tasas con sus respectivos IC del 95%, resultando factores protectores para la duración de la LM nuevamente, la asistencia a educación maternal, el nivel académico alto y la lactancia en hijos anteriores.

CONCLUSIONES

Estos resultados demuestran que existe un factor directamente relacionado con la labor de la matrona y por tanto debemos estar orgullosas de nuestra función como educadoras para la salud materno-infantil e intentar potenciar este aspecto, tanto desde atención primaria como desde especializada.

YO, EL PADRE. SENTIMIENTOS, CAMBIOS Y PREOCUPACIONES

Autores: Osa Montserrat Teresa ¹, Domínguez Simón M^a Jesús ².

¹ Matrona C. Salud Ciudad Jardín Madrid ² EIR Unidad Docente de la Comunidad de Madrid.

ANTECEDENTES

Tradicionalmente, los cursos de preparación van dirigidos a la mujer y aunque invitamos al padre, este, a menudo se comporta como un mero observador. Cada vez son más frecuentes, sesiones específicas sobre la paternidad, pero ¿Conocemos realmente los sentimientos y preocupaciones de los padres?

OBJETIVOS Y MÉTODO

El presente estudio, pretende analizar los sentimientos del padre ante el embarazo, los cambios que ellos experimentan durante la gestación, así como las preocupaciones que tienen sobre el embarazo, parto, puerperio y los cuidados del recién nacido.

Durante 10 años, se han recogido y analizado un total de 62 rejillas de datos con los ítems anteriormente citados, a los grupos de padres que han asistido a las clases de preparación al parto en nuestro centro de salud.

RESULTADOS

Los sentimientos que más experimentan los padres, son felicidad, alegría e ilusión, seguidos de preocupación, nerviosismo e incertidumbre. Una cuarta parte se sienten más responsabilizados y comprometidos, pero también cambiados y extraños.

Refieren que los mayores cambios han sido la dieta y los hábitos de vida. Ha habido una reestructuración y han mejorado las relaciones de pareja y familia.

Durante el embarazo la salud de la mujer y las posibles complicaciones, centran sus preocupaciones

El papel del padre es lo que más preocupa durante el parto y la depresión postparto, durante el puerperio.

En relación a los cuidados del recién nacido, no saber que le ocurre es su mayor miedo

CONCLUSIONES

Si bien una gran parte de los sentimientos que experimenta el padre son positivos, no podemos pasar por alto aquellos negativos, debiendo trabajar sobre ellos. La mujer, centra todas sus preocupaciones tanto en el embarazo, como en el parto como en el puerperio pero se debe fomentar el vínculo con el futuro hijo.

Para la matrona, es fundamental conocer los sentimientos y preocupaciones no solo de la mujer, sino también del padre, para poder ofrecer una atención integral a la pareja de modo que ambos afronten el embarazo, parto y puerperio de manera satisfactoria.

DOLOR Y DIFICULTADES EN LAS RELACIONES SEXUALES DE LA MUJER QUE HA SIDO MADRE HACE 1 AÑO: ANÁLISIS SEGÚN EL TIPO DE PARTO.

Autores: Blas Robledo Mónica, Uriarte Tobalina M^a Nieves, López Madera M^a Pilar, Marcos Pérez Milagros. Matronas H Basurto. Osakidetza- SVS.

La salud sexual es una parte de la salud reproductiva de la mujer; es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social. El dolor perineal puede influir negativamente en la salud sexual de la mujer y condicionar su bienestar.

A pesar de la alta prevalencia de los problemas sexuales entre las mujeres, pocos esfuerzos se han dedicado a investigar las bases fisiológicas y psicológicas de la disfunción sexual en las mujeres y escasas soluciones eficaces se han desarrollado para combatir este tipo de trastornos.

Con la maternidad suceden diversos cambios que afectan a la sexualidad de la mujer y de su pareja:

- Cambios físicos: a nivel genital y del suelo pélvico, derivados sobretudo del tipo de parto
- Cambios psicoemocionales: modificaciones en las relaciones afectivas entre la pareja, modificación del esquema corporal de la mujer, inseguridad.
- Cambios sociales: adaptación al nuevo rol materno/paterno, cambios en la situación familiar nuclear, nuevas obligaciones y responsabilidades.

Por todo ello, creemos que los problemas sexuales que están aún sin resolver al año del parto son de gran importancia.

La ausencia de estudios que utilicen instrumentos de medición validados sobre la disfunción sexual femenina y su relación con el tipo de parto junto con la importancia de este trastorno, tanto por su frecuencia como por las repercusiones que puede llegar a provocar en la mujer, es lo que ha justificado el presente estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS

estudio descriptivo retrospectivo, con mujeres que han tenido un parto vía vaginal hace un año en el Servicio de Partos del Hospital de Basurto. Se ha realizado un muestreo estratificado con el que se divide a la población elegible en 3 grupos:

- Grupo A: mujeres que han tenido un parto eutócico con periné íntegro o desgarro de 1º grado.
- Grupo B: mujeres que han tenido un parto eutócico con episiotomía y desgarro de 2º grado.
- Grupo C: mujeres que han tenido un parto instrumental.

Para cada grupo se han seleccionado aleatoriamente a 68 mujeres que han tenido a sus hijos durante el mes de mayo y junio de 2007 y que cumplen los criterios de inclusión.

La recogida de los datos se ha realizado a través del libro de partos, de la historia clínica de las pacientes y de los datos de filiación que están recogidos en la base de datos del Hospital. Se ha enviado una carta explicativa previamente a la realización del cuestionario. Se ha realizado el cuestionario vía telefónica: **Índice de Función Sexual Femenina** de Rosen R. y col. (2000) y traducido y validado al español por Blümel J. E. y col. (2004).

El **Índice de Función Sexual Femenina** de Rosen es una herramienta con propiedades psicométricas óptimas para cada uno de los 6 dominios (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor), fácil de usar, y ha demostrado la capacidad de discriminar entre poblaciones clínicas (mujeres con disfunción sexual) y no clínicas (sin alteraciones sexuales). Permite evaluar la sexualidad en distintas etapas de la vida. A través de las 19 preguntas que componen el cuestionario hemos evaluado la Función Sexual Femenina de la población diana y con las 3 últimas cuestiones sobre el dolor se ha realizado un análisis más en profundidad.

Este trabajo ha contado con la aprobación del Comité de Ensayos clínicos y Ética del hospital.

Seguidamente se ha procedido a realizar un análisis descriptivo, un análisis de la varianza (ANOVA) y como prueba posthoc, la prueba de Scheffé, mediante el paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS

Del total de la muestra (204) se han realizado 145 encuestas (71,1%), de las cuales el 59,3%(33,3% en grupo A, 55,7% en grupo B y 89,6% en grupo C) son primíparas, con una media de edad de 31,46 años. En cuanto al lugar de procedencia de las mujeres el 82,5%(70%,7% en grupo A, 91,4% en grupo B y 85,5% en grupo C) son mujeres de origen nacional. El peso fetal medio es de 3327, 72 gr. y el tiempo medio de expulsivo es de 65,85 min.

No se evidencian diferencias en cuanto al dolor en las relaciones sexuales entre los 3 grupos del estudio.

El grupo A (eutócico con periné íntegro o desgarro de 1º grado) presenta mejores resultados en los 6 dominios del IFSF y en el resultado total del cuestionario.

Existe diferencia estadísticamente significativa en el resultado total del IFSF entre los grupos A y B ($p=0,006$). El grupo C se sitúa entre ambos.

En el dominio orgasmo existe también diferencia estadísticamente significativa entre el grupo A y el B ($p=0,008$).

El dominio deseo obtiene las peores puntuaciones en los tres grupos.

En el resto de dominios (excitación, lubricación y satisfacción) no se observan diferencias entre los grupos.

CONCLUSIONES

El parto instrumental no está relacionado con dificultades sexuales al año del nacimiento como indicaban otros autores (Signorello et al. 2001, Williams et al. 2005). Las mujeres que han tenido un parto eutócico con la menor lesión del periné son las que gozan de mejor vida sexual, por lo que se debería trabajar en esta línea. El deseo sexual en la mujer tras la maternidad se ve resentido como ya apuntaban otros estudios (Pastore et al. 2007), debido al cambio en la imagen corporal, el cansancio, el estrés. Es función de la matrona como profesional en continuo contacto con la mujer, el informar, asesorar y ayudar a la mujer y a su pareja a afrontar estas dificultades para lograr una vida sexual plena y satisfactoria.

EL PERFIL DE LA MATRONA DESDE EL INCONSCIENTE COLECTIVO.

Autores: Puig Comas Nuria ¹, Zabau Fermoselle Jara², Higuera Ruiz Encarna³, Gómez Dávila Patricia³, Ayerra Gamboa Adela².

¹ Matrona; ² EIR U.D.2º Curso, ³ EIR U.D. 1º Curso

ANTECEDENTES

Durante la mayor parte del siglo pasado la formación de las matronas fue asumida por profesorado médico cuya perspectiva estaba alejada del proceso enfermero y de las demandas que en aquel momento se gestaban en la sociedad. La clausura, durante una década, de las escuelas de matronas supuso un perjuicio y a la vez un apuesta para la profesión que con el tiempo hemos constatado como un gran avance.

Gracias a este reto la figura de la matrona se ha ido revalorizando durante los últimos años, a lo que ha contribuido el nuevo plan de formación de las especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica a través de la creación y desarrollo de las unidades docentes a lo largo de todo el territorio español.

A pesar de todo, se siguen superponiendo en el inconsciente colectivo dos imágenes profesionales: el concepto de una matrona poco cualificada, con responsabilidades limitadas, un rol subordinado al médico, aderezado con actitudes a medio camino entre el paternalismo y el autoritarismo; frente a una especialista cualificada, atenta a las necesidades de las familias y motivada para afrontar los desafíos que la depara la profesión.

OBJETIVOS

- Conocer la imagen que la sociedad tiene de la profesión de matrona.
- Verificar si esta imagen corresponde con las verdaderas competencias profesionales.

MÉTODO

Se trata de una investigación de metodología cualitativa para la que hemos utilizado las técnicas de análisis de contenidos y la entrevista en profundidad semiestructurada en la que solo se han formulado dos preguntas abiertas: ¿Qué es una matrona?; ¿Qué hace?.

Para el presente trabajo se han recopilado y analizado diversos documentos pertenecientes a medios de comunicación, prensa de información general, revistas especializadas en maternidad y crianza, periódicos y boletines profesionales, foros y múltiples páginas de Internet, así como la realización de entrevistas en profundidad a profesionales del periodismo representativos de la radio, prensa y televisión de distintos puntos de España.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

A pesar de los avances que se han conseguido en la profesión los valores sociales entorno a la misma siguen siendo dicotómicos entre la idea de la matrona ejerciendo su rol de colaboración y en menor medida aparecen ideas entorno a su rol más autónomo.

En muchas ocasiones se nombra a la matrona como equivalente al ginecólogo pero sólo en cuestiones de menor rango.

En los textos se da la imagen de matronas intervencionistas en las que las mujeres se muestran muy agradecidas por los masajes recibidos, el apoyo psicológico...

Al mirar los datos técnicos del consejo de redacción de algunas revistas de maternidad y crianza, en el apartado "asesores", las matronas o no aparecen o son muy pocas.

Percibimos cierta ponderación de prestigio de la figura masculina frente a la femenina dentro de la profesión de matrona. Utilizan el sustantivo matrona a las profesionales que ejercen en el hospital,

denominación comadrona cuando se trata de partos en casa, historia de la profesión, artículos de matronas extranjeras etc....

Afortunadamente en algunos otros artículos podemos observar un enfoque más realista y positivo en defensa de la profesión...

ADOLESCENCIA: INFLUENCIA SOBRE LOS RESULTADOS OBSTÉTRICOS Y PERINATALES DE LAS GESTANTES DEL CHUAB”.

Autores: López Hernández Ángeles, Martínez Gómez Rocío, García Bravo Ana Belén, Villena Vergara M^a Cristina .
EIR Unidad Docente Albacete

ANTECEDENTES

El embarazo adolescente es considerado uno de los problemas más importantes de salud pública, ya que afecta no sólo a países en vías de desarrollo sino a las sociedades más industrializadas, debido a las repercusiones físicas, psicológicas y socioeconómicas. La gestación en este grupo de edad se ha asociado a partos distócicos, prematuridad, bajo peso al nacer y alteraciones en la adaptación a la vida extrauterina de estos neonatos., según bibliografía revisada.

OBJETIVOS

GENERAL: Identificar la influencia de la adolescencia en los resultados obstétricos y perinatales.

ESPECÍFICOS:

- *Establecer la prevalencia de mujeres adolescentes que recibieron asistencia en su parto.
- *Definir la repercusión que la adolescencia ejerce sobre los resultados de parto.
- *Identificar el efecto de la adolescencia sobre el estado del recién nacido.

MÉTODO

Diseño: Estudio observacional transversal analítico.

Lugar: Servicio de Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUAB).

Periodo de estudio: Del 1 de enero de 2007 al 31 de diciembre del 2007.

Muestra: Mujeres < 35 años que dieron a luz en el CHUAB, excluyendo gestaciones múltiples, FIV e inseminaciones artificiales.

RESULTADOS

Se han recogido datos de 266 mujeres, de las cuales 133 tiene una edad menor o igual de 19 años y las otras 133, entre 20 y 35 años, siendo la fuente de información el libro de partos del paritorio del CHUAB.

- Nacionalidad. En adolescentes, la nacionalidad se desglosa en : españolas, 50'37%; latinoamericanas , 9'77%; Europa del Este , 25'56%; Asia, 0'75%; África , 1'50%, siendo el total de extranjeras el 37'58%. (11'27% procedencia desconocida). En el otro grupo: españolas, 77'44%; latinoamericanas, 3%; Europa del Este 9'02%; África, 4'51% y, Portugal, 0'75%, con un total de extranjeras, 17'28% (4'51% procedencia desconocida).
- Gestaciones. Adolescentes, 81'20% primigestas y 18'79% multigestas. En el otro grupo, 51'87% primigestas y multigestas, 48'12%.
- Edad gestacional. Adolescentes:<37 semanas, 6'01%; entre 37-40 sem, 56'39% y >40 sem, 35'33%. En el otro grupo, <37 sem, 9'77%; entre 37-40 sem, 45'86% y, >40 sem, 44'36%.
- Tipo de parto. Adolescentes: eutócicos, 72'93%; instrumental, 14'28%; cesárea, 11'27%. En el otro grupo: eutócico, 64'66%; instrumental, 14'28%; cesárea, 19'54%.
- Peso del RN. Adolescentes: <2500 grs., 5'26%; 2500-4000, 90'22%; >4000, 1'50%. En el otro grupo, <2500grs, 7'51%; 2500-4000, 87'21%; >4000, 3%.
- Apgar. Adolescentes: 8-10 puntos, 94'73%; <7 pto, 3'75%. En el otro grupo, 8-10, 90'97%; <7, 6'76%.

CONCLUSIONES

El movimiento migratorio muestra mayor influencia en el grupo de adolescentes. El parto en las adolescentes acontece en torno a la fecha probable de parto, mientras que en el otro grupo se suele

postergar. Se observan más partos eutócicos en el grupo adolescente, y mayor porcentaje de cesáreas en el otro grupo. Los resultados del test de Apgar al primer minuto no parecen influenciados por la edad materna.

RECOMENDACIONES

Sería interesante crear grupos de educación para la salud que incidan sobre la población inmigrante adolescente, debido al alto peso específico en cuanto a gestaciones y partos que este grupo de edad representa. Asimismo, también sería recomendable aumentar el tamaño muestral y realizar investigaciones similares en otras provincias.

INFLUENCIA DE LA CONFIANZA MATERNAL EN LA FORMA DE TERMINACIÓN DEL PARTO.

Autora: *Sánchez Cunqueiro M^a José.*

Matrona Titular do Centro de Saúde do Porriño (Pontevedra); doctora en Psicología (UNED).

OBJETIVOS

Comparar la confianza maternal en la realización de conductas de afrontamiento durante el embarazo con la realización de dichas estrategias durante el parto y la forma de terminación: parto vaginal o cesárea.

MÉTODO

En un grupo de 179 mujeres del área sanitaria de Vigo se han medido durante el embarazo las expectativas de confianza maternal mediante el cuestionario de autoeficacia CBSEI (Lowe, 1993); en el posparto se determinó la forma de terminación del embarazo y la realización de las mismas conductas de afrontamiento en la experiencia real de parto.

RESULTADOS

La alta correlación encontrada entre las medidas antes y después del parto indica que la mujeres con mayor confianza en la realización de conductas de afrontamiento realizan más conductas y perseveran más tiempo que las mujeres con menor confianza. Se ha encontrado una diferencia significativa en la puntuación en el CBSEI entre las mujeres que terminan en parto vaginal y cesárea.

CONCLUSIONES

La medida de las expectativas de confianza maternal (CBSEI) puede predecir la realización de conductas de afrontamiento y así, la posibilidad de identificar a aquellas mujeres con menores puntuaciones, que tienen mayor riesgo de acabar en cesárea.

PAUTAS DE TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EL PARTO DE BAJO RIESGO.

Autoras. Azón López Esther¹, Ramón Arbúes Enrique², Cabeza Guillén Elena², Secorún Redón M^a Jesús², Saz Simón Laura¹.

¹ Residente, Unidad Docente de Matronas de Aragón, ² Matronas del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.

INTRODUCCIÓN

Desde hace siglos el hombre se preocupa por hacer más placentero y menos doloroso el acto del nacimiento.

En los últimos años se pensaba que parir sin dolor era un gran avance para la mujer. Más recientemente patrones ideológicos como el eco-feminismo han alimentado un espíritu crítico en la mujer que va a dar a luz. En este sentido el uso de la analgesia epidural en el parto es un hecho sobre el que parturientas e incluso profesionales no tienen todavía una opinión definida, existiendo un extendido debate entre dos facciones con visiones antagónicas. Este hecho ha provocado un aumento de los esfuerzos investigadores respecto a la conveniencia y aplicabilidad de diversas técnicas analgésicas alternativas.

En este trabajo analizamos celosamente la literatura científica más actual, con el fin de valorar la conveniencia de la aplicación de distintas alternativas analgésicas en la asistencia del dolor de nuestras parturientas.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica a través de las más importantes bases de datos biomédicas: PubMed (Medline), Science Direct, Scirus, RDN, Cuiden, Dialnet y ENFISPO. También hemos extraído información del catálogo científico de la Universidad de Zaragoza.

RESULTADOS

Actualmente la analgesia regional es la técnica de elección para el tratamiento del dolor de parto en nuestro medio, no siendo pocos los artículos que la defienden como la más efectiva de las intervenciones para paliarlo. Por otra parte, abundan los estudios que confirman las bondades de diversas técnicas alternativas en el tratamiento de este dolor. En este sentido, detallaremos las características de estas técnicas que, por su menor utilización en nuestro ámbito, son menos conocidas que la analgesia regional.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Resulta sorprendente la falta de un marco conceptual completo y sano, en un tema sobre el que se ha escrito e investigado mucho.

Pensamos que se necesita mucha más investigación en este campo para formular un marco científico sano, basado en la evidencia, y clínicamente útil para la gestión de la analgesia durante el trabajo de parto.

Dada la disparidad de las visiones, creemos importante el desarrollo de posturas tolerantes en torno a las diferentes técnicas analgésicas durante el trabajo de parto.

CONTACTO PIEL CON PIEL MADRE-HIJO: VIVENCIA DE LA MADRE, VISIÓN DE LA MATRONA Y ENFERMERA

Autores: López de Aberasturi Ibáñez de Garayo Ayala¹, Pérez Rodríguez Covadonga², Herran Cardeñoso Sonia³.

¹ Supervisora - Área de Partos - Hospital de Cruces (Baracaldo- Bizkaia) ^{2,3} Matrona - Área de Partos - Hospital de Cruces (Baracaldo- Bizkaia)

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVO

Muchos son los beneficios, conocidos hoy en día, del contacto piel con piel madre-hijo (CPP) en las dos primeras horas de vida que han llevado a importantes Organismos y Asociaciones relacionados, a incluir en sus recomendaciones y protocolos el CPP madre-hijo temprano y prolongado.

En nuestro hospital llevamos 7 años comprometidos con la no separación de la madre-hijo y más de 10 fomentando y apoyando de manera clara la lactancia materna, pero no pasaba lo mismo con el CPP, el cual se venía haciendo de manera tímida y con escasa demanda por parte de la madre, hasta que en enero de este año se orientó nuestro objetivo hacia el establecimiento del CPP y nos surgió el interés de saber qué respuesta y vivencia tenía la madre y cuál era la visión la matrona y la enfermera respecto al mismo.

MÉTODO

Estudio transversal realizado en el Área de Partos de un centro hospitalario de referencia. Se recogió la información mediante entrevista personal semi-estructurada y datos complementarios de la historia clínica. La entrevista se llevó a cabo por las matronas del grupo de trabajo y se pasó a todas las mujeres que dieron a luz en sus turnos de trabajo y a todas las matronas y enfermeras en activo. La recogida de datos se realizó en los meses de abril y mayo de 2008.

RESULTADOS

En el estudio participaron 121 **mujeres** con una edad media de 32,7 años, un 50% eran multíparas de las cuales el 22,68% habían establecido CPP con su hijo anterior con una experiencia positiva.. En el 81,5% de los casos experimentaron el CPP, (37,12% inmediato y 54,63% precoz iniciado dentro de los 5 primeros minutos de vida), la media del tiempo de CPP fue de 11 minutos. El 65,3% había oído hablar del CPP, (40% en preparación maternal). El 80,41% manifiesta que el CPP se produjo inducido por el profesional en el momento del nacimiento. En el primer momento del CPP el 98,96% de las madres sienten emoción o alegría, pasando al 71,13% durante el CPP y un 18,56% más de tranquilidad. El 80,41% de las mujeres creían que el tiempo del CPP era adecuado, el 94,87% no sabía el tiempo recomendado. La expectativa que tenían para este parto se cumplió para el 90,08% de las madres. No se han encontrado diferencias significativas al relacionar la vivencia del CPP y el cumplimiento de su expectativa con paridad, momento del CPP o de la información.

De los 51 **profesionales** (37 matronas y 14 enfermeras) entrevistados el 90,19% creían en la necesidad y beneficio del CPP. El 72,54% sintió emoción, cercanía, alegría en el primer momento y el 50,98% manifestó sentir tranquilidad, satisfacción durante el CPP. Casi el 100% de las enfermeras, personal responsable de la atención al recién nacido, refiere no dejar más tiempo de CPP debido a la carga de trabajo. El 64,28% cría que el CPP supone un aumento del tiempo en los cuidados.

CONCLUSIONES

- El primer momento del CPP produce en el 99% de las madres y en el 72% de los profesionales sentimientos de emoción y alegría, dejando paso durante el CPP a un sentir más de tranquilidad.
- Destaca el escaso tiempo (11 min.) que se mantiene el CPP aunque al 80% de las madres le parece adecuado, y el 94% reconoce no saber cuánto tiempo es el recomendado.
- No parece influir en la vivencia de la madre la información y experiencia previa ni el momento del CPP dentro de los 5 primeros minutos.
El 64% de las enfermeras creen que el CPP supone un aumento en cuanto al tiempo en los cuidados prestados.

VIVENCIA DE LA PATERNIDAD (PADRE)

Autores: Otero Rey M^a Luz¹, Mosteiro Díaz M^a Pilar², Míiguelez Ruth³, Fernández Feito Ana⁴.

^{1,4} Prof. Enfermería Materno Infantil Universidad de Oviedo; ^{2,3} Matronas Hospital Universitario. Área IV Oviedo.

INTRODUCCIÓN

La experiencia de ser padres constituye una de las vivencias más impactantes en la vida de las personas. La figura paterna en la actualidad adquiere cada vez más presencia y tiene cada vez un mayor reconocimiento tanto a nivel familiar como social, siendo cada vez más amplio el número de padres implicados en la vivencia del embarazo, parto y postparto apoyando, activamente, a sus parejas. La vivencia del padre sobre su experiencia del parto va a depender de diversos factores y será más positiva si puede acompañar a su mujer durante todo el proceso.

Sabemos que en algunas situaciones obstétricas, sobre todo las relacionadas con el parto por cesárea los padres no pueden acompañar y estar presentes en todo el proceso de parto y es un motivo que puede alterar la vivencia positiva de la paternidad.

OBJETIVOS

Conocer la vivencia del parto del padre y su influencia según el tipo de presencia acompañando a la mujer de forma parcial o durante todo el periodo de dilatación y expulsivo

MÉTODO

Se ha realizado un estudio multicéntrico en tres hospitales del Norte de España, dos de ellos pertenecientes a la red pública y uno de titularidad privada.

Para llevar a cabo el estudio hemos elegido una muestra de 282 padres, parejas de otras tantas mujeres que tuvieron un hijo en alguno de esos hospitales.

Se evaluó la vivencia de la paternidad a través de un cuestionario de percepción del parto que de forma autoaplicada se facilitó a todos ellos en el puerperio inmediato (primeras 48 horas). Así mismo se recogieron datos generales de la mujer y obstétricos: edad, tipo de parto, catalogándolo en normal, instrumental y cesárea; si se utilizó analgesia epidural y si estuvo presente en el periodo de parto de forma continua y completa: presencia total, presencia parcial: solo periodo de dilatación, o ausencia. Para el estudio estadístico se realizó la Prueba de Kruskal-Wallis en la comparación de los ítems, de forma individualizada

RESULTADOS

La edad media de las mujeres fue de 31,31 años, con un rango de 18-43 y la de sus parejas fue de 34,36 con rango de 23-52 años. El parto fue normal en 158 (55,2%), cesárea en 85(29,7%) e instrumental en 39 (13,6%) aplicándose anestesia epidural en 189 (66,1%).

Los resultados de la vivencia de la paternidad recogidos en el cuestionario de percepción del parto y en relación al tipo de presencia, se presentan en la tabla 1.

De los resultados obtenidos destacamos los siguientes: el 67,5% de los padres acompañaron de forma completa a su mujer durante todo el periodo del parto, es decir, desde el inicio de la dilatación hasta el alumbramiento.

Los padres que solo permanecieron en el periodo de dilatación del parto, respondieron en un alto porcentaje (16%) que no era un acontecimiento hermoso al comparar con los padres con presencia o que no asistieron con unos valores de porcentaje respectivamente de 1,9 y 2,5% (p=0,02)

Los padres que asistieron al parto y los que asistieron parcialmente (solo dilatación) manifiestan en un alto porcentaje que recuerdan con detalle lo sucedido, con porcentajes de 96,8 y 95,9% respectivamente; por el contrario, los que no asistieron al parto responden con unos porcentajes sensiblemente menores 81,6%. (p<0.01)

Los padres que presenciaron parcialmente el parto son los que manifiestan en un alto porcentaje que cuando piensan en ello se emocionan (96%), sin embargo este sentimiento se acepta en menor grado en los padres que asistieron durante todo el proceso (81,3%) y en los que no asistieron (69,5%), ($p=0,038$)

CONCLUSIONES

- ✓ La presencia parcial de la pareja en el parto modifica la percepción positiva del mismo.
- ✓ Los padres que asistieron de forma parcial, (solo en el periodo de dilatación) tuvieron una vivencia del parto más negativa.

TÍTULO:**Criopreservación de sangre de cordón umbilical intrafamiliar: ¿Seguro de vida?****AUTORES:**

Eva Domínguez Cobo

Verónica Sánchez Grollmund

INTRODUCCIÓN:

La presencia de progenitores hematópoieticos (PH) en la sangre de cordón umbilical (SCU) humana fue inicialmente descrita en 1974 por Knudsen, pero no es hasta 1986, cuando gracias a la acción coordinada de varios equipos de investigación liderados por Broxmeyer y Guderman, se realiza el primer trasplante de SCU (TSCU). El TSCU puede transmitir enfermedad genética, infecciosa o antihematópoietica del donante al receptor, por ello deben incluirse en el proceso de donación medidas que minimicen el riesgo de infección (revisión de la historia clínica, estudios serológicos).

Por otro lado, el medio de TSCU está estrechamente relacionado con la crioultrad que, a su vez, se afecta al volumen de la muestra existiendo distintos criterios criobiológicos que influyen tanto de manera positiva como negativa en la calidad de dicha muestra.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un análisis descriptivo analítico mediante una revisión sistemática de la evidencia científica actualizada hasta el momento sobre el tema, así como la normativa legal aplicable al ámbito de la obtención, criopreservación y utilización de los progenitores de SCU.

La clasificación de la evidencia del corpus documental de referencia, se hizo en base a la escala del Center for Evidence-Based Medicine (CEBM) de Oxford (www.ccbm.net/levels_of_evidence.asp) revisada por última vez en mayo de 2007.

SELECCIÓN DEL DONANTE**Oferta de Plan Nacional de Sangre de Cordón Umbilical:**

Oferta activa de salud sin determinadas enfermedades. Hicobias susceptible de ser transmitidas:

- Serología positiva en VIH, Ag de superficie de hepatitis B o hepatitis C.
- Conductas de riesgo (consumo de drogas, prostitución, etc)
- Procedimientos médicos con riesgo de infección.
- Las enfermedades endémicas según el lugar de procedencia deben ser descartadas, así como la presencia de enfermedades subclínicas, genéticas o degenerativas en la pareja.
- Ocurrencias concretas durante el parto:
 - Anemia materna grave.
 - Parto prematuro.
 - Síndrome de hinchazón en el neonato.
 - Peso del neonato inferior a 2.500 g.
 - APGAR inferior a 8 con mala evolución a los 10 minutos.
 - Signos de asfloxia neonatal por el neonato.
- Embazo secundario a donación de óvulos o semen, la donación excluida solo que existiese una historia genética del padre o la madre biológica, y fuese documentada.

Oferta de la FDA:

Una donada debe haber nacido y crecido de la madre si naciera antes al parto, si se ofrece tiempo son necesarias ofertas como <7m, >78 años, >100G y no uso de drogas. (7-10) 8A
Según la American Society of Hematology los progenitores hematópoieticos pueden transmitir la misma infección que la sangre (B, C, H) y algunos defectos congénitos o adquiridos como inmunodeficiencias o genéticos y asegurar la cantidad de este tipo requiere una historia completa y determinaciones analíticas. (7-10) 8A

Factores que incrementan el volumen: (5-10) 1A

- Cálculo
- Infusión
- Parto > 10 h
- Cordón > 30 cm.
- Placentario
- PN > 3000 g
- Peso de > 700 g

**CRITERIOS DE CALIDAD DE LA MUESTRA****Factores que disminuyen el volumen: (5-10) 1A**

- Placentario
- Materno
- HSA
- CP
- Placentación anormal
- Cesárea de urgencia
- Parto prematuro



Resultados obtenidos adjudican a un volumen de 70cc un 90% de probabilidades de obtener concentración de células nucleadas totales de 6-106 (10) 1A.

La inclusión de una unidad en el banco de SCU para trasplante clínico deberá contener un mínimo de 1x10⁹ CN totales excepto en donaciones dirigidas o en otras circunstancias específicas que justifiquen su almacenamiento. Además se deberá realizar una certificación de las células CD34.

INDUCCIÓN AL PARTO: RESULTADOS EN EL HOSPITAL LA INMACULADA (HUÉRCAL-OVERA)

Autores: Gregorio Álvarez MP, Sánchez Barroso MT, Fernández Sánchez M, Muñoz Gallardo MC, Sánchez García C. *Matronas del Hospital La Inmaculada*

INTRODUCCIÓN

- En nuestro hospital desde hace más de 15 años se realiza un asistencia al parto poco intervencionista, procurando que la mujer esté bien informada, que tome decisiones y que tenga libertad en el proceso del nacimiento de su hijo o hija. En los casos en los que se hace necesario inducir el parto nuestra asistencia es prácticamente la misma, con pocas variaciones.
- El motivo de este estudio es conocer los resultados obstétricos obtenidos en mujeres a las que se les induce el parto en nuestro hospital en el año 2007.

OBJETIVOS

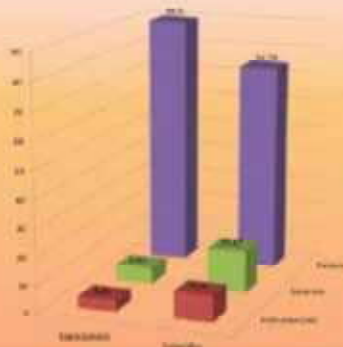
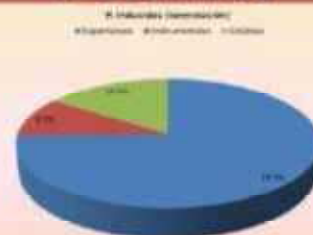
- Conocer el porcentaje de partos inducidos en nuestro hospital en el año 2007 y sus causas más frecuentes.
- Saber las distintas formas en la que terminaron esos partos inducidos.
- Determinar el porcentaje de mujeres que precisaron analgesia epidural en comparación con los partos espontáneos.
- Valorar los resultados obtenidos en otros lugares de nuestro entorno para determinar si el tipo de asistencia a un parto inducido influye en la forma de terminación del mismo.

MATERIAL Y MÉTODO

- Hemos realizado un estudio descriptivo-comparativo de los partos inducidos en nuestro hospital en el año 2007, para ello hemos tomado los datos de la base de datos de nuestro servicio y hemos analizado los resultados con el programa SPSS.

RESULTADOS

- La tasa de partos inducidos en 2007 fue del **25'29%**.
- La inducción directa con oxitocina se realizó en el **9'62%**, el resto fueron inducciones con prostaglandinas (PG) ó PG+oxitocina.
- La RPM y la gestación de más de **41 semanas** constituyen el **61'6%** del total de las inducciones.
- En nuestro hospital las mujeres a las que se les está induciendo el parto, deambulan, pueden comer una dieta de pródomos y elegir la postura para parir salvo en casos muy concretos, en tales casos se individualiza la actitud a seguir con cada una de ellas.



- El porcentaje de partos eutócicos en inducciones es del **74'78%** frente al **89'9%** en los partos espontáneos.
- Los partos instrumentales en inducciones constituyen el **9'74%** frente al **4'26%** de los partos de comienzo espontáneo ($X^2=29'14$; $p<0'01$).
- La tasa de cesáreas en las inducciones es del **15'47%** frente al **5'81%** de la tasa de cesáreas en los partos de comienzo espontáneo ($X^2=36'59$; $p<0'01$).
- En cuanto a la analgesia epidural, el **66'01%** de las mujeres a las que se les induce el parto la usan frente al **32'3%** de las mujeres cuyo parto es espontáneo ($X^2=57'06$; $p<0'01$).

CONCLUSIONES

- Uno de cada cuatro partos comienza como inducción en nuestro hospital. Se usan las prostaglandinas principalmente para inducirlos.
- Las causas más frecuentes de inducción del parto son: Gestación en vías de prolongación y rotura prematura de membranas.
- El número de partos instrumentales y cesáreas aumentan cuando el comienzo del parto es inducido.
- Se solicita más analgesia epidural cuando el comienzo del parto es inducido.
- La tasa de inducciones de nuestro hospital es similar a la media de Andalucía y superior a la de países como Noruega y Finlandia que está sobre 10 y 8 puntos inferior a la nuestra.

BIBLIOGRAFÍA

Memoria y base de datos de nuestro hospital. Resultados obstétricos de los hospitales Juan Ramón Jiménez de Huelva y Virgen de las nieves de Granada. Resultados perinatales de Noruega Y Finlandia. Encuesta de la SAGO

RELACIÓN ENTRE HIPOTENSIÓN Y CAMBIOS POSTURALES EN PARTOS POTENCIALMENTE EUTÓCICOS CON ANALGESIA EPIDURAL

Autores: Ana Josefa Montilla, Rafael Ruiz, Mariela de Castro, Auxiliadora Ramirez, Ángeles Vizmanos.
Centro de trabajo: Servicio de urgencias Toco-Ginecológicas y Partos, Hospital Virgen de la Victoria, Málaga.
Trabajo subvencionado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Se constata empíricamente la presencia de episodios de hipotensión, en mujeres en trabajo de parto con analgesia epidural.

HIPÓTESIS DEL TRABAJO

Elaborar un protocolo postural que ayude a evitar o minimizar estos episodios, así como la utilización de fármacos.

METODOLOGÍA

Ensayo clínico con asignación incidental a grupos de gestantes en trabajo de parto con analgesia epidural (grupo A con cambios posturales, grupo B sin cambios posturales). Muestra procedente de pacientes atendidas en nuestro servicio durante el periodo del estudio.

EVALUACIÓN DEL PROCESO

Hasta la fecha el nº de casos realizado es de 193 (33 de ellos descartados), 91 con cambios posturales, 69 sin cambios posturales.

El nº de casos estimado es de 175 gestantes por grupo, por lo que al no ser la muestra significativa no se pueden tener datos concluyentes todavía.



The table is a 2x2 contingency table. The columns are labeled 'Grupos' (Groups) and 'Hipotensión' (Hypotension). The rows are labeled 'Con cambios posturales' (With postural changes) and 'Sin cambios posturales' (Without postural changes). The cells contain numerical data representing the number of patients in each category.

	Grupos		Hipotensión	
	Con cambios posturales	Sin cambios posturales	Con hipotensión	Sin hipotensión
Con cambios posturales				
Sin cambios posturales				

ACTITUD DE LAS GESTANTES DEL AREA SANITARIA DE OSUNA HACIA LA DONACIÓN DE SANGRE DE CORDÓN.

Vicente Velázquez Vázquez, María José García Núñez. Matronas Hospital de la Merced.

INTRODUCCIÓN: En Andalucía hace ya varios años que funcionan dos bancos de sangre de cordón en Málaga, aunque hasta hace aprox. 2 años sólo recibían unidades de la propia ciudad. Un hecho de impacto social como fue el nacimiento de la Infanta Leonor y la trascendencia pública de la extracción y conservación de su sangre de cordón (aunque fuera para uso privado) provocó el interés de la población para aprovechar de la misma forma este recurso, y la respuesta de la administración fue la de iniciar un proceso de formación y autorización a todas las maternidades de Andalucía para posibilitar la donación en cualquier hospital. Condicionantes económicos, sobre todo logísticos de transporte, hacen que la realidad sea muy distinta de una tendencia masiva a donar. Este pequeño trabajo tiene como objetivos: 1º. Constatar la respuesta de la población ante un servicio novedoso, relacionado con el factor de impacto social; 2º. Estudiar la actitud y actual nivel de conocimiento sobre la donación de sangre de cordón, en una población que no ha recibido promoción activa.

RITMO DE DONACIONES: LA PARTIDA DEL HECHO IMPACTO



OSUNA (2007)

OSUNA (2007)

OSUNA (2007)

¿CÓMO SE PROMUEVE?



¿CÓMO SE PROMUEVE EN SU LOCALIDAD? ¿ALGUNO SERVICIO DEL BANCO DE SANGRE DE CORDÓN HA LLEGADO A SU LOCALIDAD?

¿CÓMO SE PROMUEVE EN SU LOCALIDAD?



¿CÓMO SE PROMUEVE EN SU LOCALIDAD? ¿ALGUNO SERVICIO DEL BANCO DE SANGRE DE CORDÓN HA LLEGADO A SU LOCALIDAD?



¿CÓMO SE PROMUEVE EN SU LOCALIDAD? ¿ALGUNO SERVICIO DEL BANCO DE SANGRE DE CORDÓN HA LLEGADO A SU LOCALIDAD?



¿CÓMO SE PROMUEVE EN SU LOCALIDAD? ¿ALGUNO SERVICIO DEL BANCO DE SANGRE DE CORDÓN HA LLEGADO A SU LOCALIDAD?

Uno de los resultados más llamativos indica que el 53,9% (34) de las encuestadas SI tenían intención de donar mientras que el 46,1%(29) NO tenían intención, previa a la encuesta

CONCLUSIONES: Esto es un claro ejemplo de cómo la inexistencia de una mínima intervención de promoción de un recurso sanitario es suficiente para que la población gestante atendida en un Hospital General Básico no se interese por dicho servicio toda vez que la única motivación que existió alguna vez procedía de un hecho social puntual. En el momento que Ud. ve este póster se está iniciando una mínima intervención de muy bajo coste consistente en incluir información en el tríptico base del Plan de Acogida a la paciente con proceso de parto. Cabe preguntarse si no hubiera sido mejor hacer esto antes, aprovechando el factor impacto que inició este hecho en Andalucía.

