

LAS MATRONAS Y LAS ÓRDENES RELIGIOSAS

AUTORES: Beltrán Muñoz, C; Sebastián Morera, MO; Camarillo López, P; Lumbrens López, P; Torres Espada, M

INTRODUCCIÓN: La historia de las matronas ha estado muy vinculada con la iglesia tanto desde el punto de vista formativo como asistencia. Desde la proclamación del cristianismo como religión oficial del Imperio romano, el halo de misterio que rodeaba el nacimiento y la muerte se vio incrementada, y la matrona, como figura paridora del momento inicial de la vida, ha sido venerada frecuentemente a esta institución. Comenzaron desde la actualidad de las comadronas profesionales por el establecimiento en el siglo V (siendo autorizadas a realizar el parto en caso de urgencia), y continuando con la presencia de las comadronas en hospitales de beneficencia y con la persecución sufrida durante la Inquisición, podemos decir que la matrona ha sido un personaje importante y popular en la sociedad, que ha vivido periodos de luz y de sombra. El presente paper pretende desarrollar las claves para entender el porque de la relación que durante muchos años tuvo la profesión de matrona con la iglesia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio de carácter descriptivo y retrospectivo. Enfoque metodológico cualitativo. El objeto del estudio es presentar a las matronas desde el inicio del cristianismo y estudiar su relación con la religión. Búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cuiden, Cuidatge y los fondos bibliotecarios de la Universidad Autónoma de Madrid, se presento en este paper los datos referidos a las comadronas en los hospitales de beneficencia más destacadas en Europa. Los datos se exponen de forma narrativa y descriptiva, mostrándolos fuera de comentarios e interpretaciones para evitar imprimir sesgos o juicios de valor del investigador.

RESULTADOS:

DESDE LOS ORIGENES AL CRISTIANISMO

Mujer ————— Cabeza de la ciudad ————— Adoración al niño

Nacimiento y Muerte rodeados de un halo de misterio.

Comadronas: Egipto (comadronas), 1777 (Ley de Matronas M. López y nacimiento gracias de la Inquisición)

Las matronas tradicionales se encargaban de la asistencia al parto y la muerte, se ocupaban de la higiene y cuidados del nacimiento, el parto y el parto se realizaban en casa.

Las comadronas se encargaban de la asistencia al parto y la muerte, se ocupaban de la higiene y cuidados del nacimiento, el parto y el parto se realizaban en casa.

"Multiplicat ponditissime sine dolo et fraude, utique a la Inquisición. Pero la Inquisición era para el esposo y el marido sobre el"

La primera matrona profesional se formó en el siglo XV, cuando se establecieron las primeras escuelas de comadronas en los hospitales de beneficencia.



EDAD MEDIA

1177, Sínodo de Clero ores: Los sacerdotes deben instruir a las mujeres laicas sobre los peccados que se deben pronunciar en los bautismos de urgencia.

Hospitales en Monasterios. Algunos con camas exclusivas para mujeres. Particularmente en el Reino de Aragón.


Inicio de la Santa Inquisición ————— Matronas acusadas de brujería

"Como las brujas comadronas cometen sus crímenes más horribles cuando ayudan a los niños a los brujos a los diablos con la sabiduría más oculta"

"Muchas comadronas son brujas y ofrecen los niños a Satán después de muchos días de un parto en el parto"

Capítulo XII. The Maleus Maleficarum, 1486

Text Book of Midwifery, 1893



RENACIMIENTO

Aparecen las primeras facultades de Medicina anexadas de la jurisdicción eclesiástica.

Médicos universitarios desarrollan la labor de las matronas.

XVI Formación obligatoria y reconocimiento de la matrona por parte del estado aunque muy ligada a la iglesia.

"Todas comadronas debe ser presentada al Consejo de Compañía de Mujeres honestas de mucha gravedad, y ellas deben traer en su favor al presentarse: debe ser mujer sobria, sana y discreta [...] En Europa, el Colegio con el consentimiento de un doctor en Medicina, debe examinarla e inscribir en un registro de las que son ignorantes y de esta manera aprobada y admitida en una casa labrar"

The Faculty of Medicine, Andrew Boorde

El Hospital Duro de París era y más conocido en la historia.

Se fundó la primera escuela de comadronas en la Europa Moderna en el Hospital de la Inquisición para Margarita de la Marche de la Marche.

Escuela, S.XVI Ley que obligaba a las comadronas a comunicar todos los nacimientos a fin de disminuir la mortalidad y la inseguridad, persuadiendo a las mujeres para que divulgaran el nombre del padre, y si era posible legitimaran el nacimiento.



BARROCO

Múltiples hospitales de beneficencia para el cuidado de la mujer.

Existían dependencias en régimen ambulatorio y provisión de comadronas para cuidar en las casa y ayudar en el parto.

Aparecen múltiples hospitales, para el cuidado de la mujer y formación de comadronas:

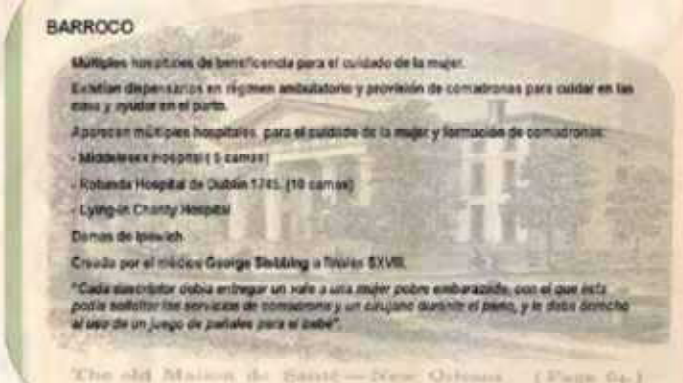
- Middlesex Hospital (5 camas)
- Roberta Hospital de Dublín 1741, (10 camas)
- Lying-in Charity Hospital

Damas de Ipswich

Creado por el médico George Starbuck a finales SXVII.

"Cada asistidor debía entregar un niño a una mujer pobre embarazada, con el que esta podía solicitar los servicios de comadrona y un curujano durante el parto, y le daba derecho al uso de un juego de pañales para el bebé"

The old Matron de Saint — New Orleans (Page 64)



INICIO DE LA DESVINCULACIÓN ECLESIASTICA

La posesión de la licencia del colegio disminuye de valor ahora que la práctica de la brujería ha disminuido.

El ejercicio de las matronas se fue desvinculando de la iglesia.

1864. Uno de los hospitales de formación de matronas más famoso fue el Sheffield Hospital for Women.

1872. Miembros de la London Obstetrical Society establecen objetivos para la concesión de un diploma, en el que aún se requería estar en posesión de un certificado de cualificación moral.

Posteriormente, comenzaron a surgir en Europa diferentes escuelas de estudio para la formación de matrona que terminaron con la desvinculación de la comadrona y la iglesia.



CONCLUSIONES: La importancia de la matrona en la población ha hecho que se fuese estrechamente ligada a las fuentes de poder de cada época y dado que el cristianismo ha sido una institución poderosa en Europa, la matrona ha estado muy vinculada a ella. Con la progresiva evolución de las ciencias y el conocimiento empírico, las profesiones sanitarias se han ido sirviendo del carácter vocacional que las ligaba a la religión y se han instaurado como disciplinas autónomas, a la vez que Europa se ha ido abriendo a nuevas culturas e ideologías religiosas.

BIBLIOGRAFIA:

1. Toulon, J. Escuelas. Avances en la historia y en la sociedad. 2. Ed. Barcelona: Masson; 1973. Gordan, E.A. "Nurses and Nursing in Britain: The Medieval Period: Tradition", *Midwifery and Health Worker*, August 1975.

2. Soudier, E. A History of Women's Bodies (Allen Lane, London, 1992)

3. Chubb, M. D. The Midwife's Tale, Three Sisters, Renaissance and Early (New York, 1984)

4. O'Connell, J. The Midwife's Tale (New York, 1978) pp. 162-163

5. Alvarez Ariza, M. Las mujeres en los hospitales de la edad, *Hispania* 2000; 110: 143-172

6. Álvarez Martínez, P. Eficacia y ética profesional. Una mujer brujita. *Enfermería Global* (Revista en Internet) 2007 Febrero (Vol. 6) Págs. 4-10. Disponible en: <http://www.enfermeriaglobal.com/index.php?id=articulo=106>



FOLLETO INFORMATIVO SOBRE ORIENTACIÓN A PAREJAS CON PROBLEMAS PARA CONSEGUIR EMBARAZO

Antecedentes: Actualmente en nuestra sociedad es muy común que la pareja planifique en qué momento buscar un embarazo. Sin embargo, no siempre se consigue en el momento deseado. Nuestra especie tiene un bajo poder reproductivo. En una pareja menor de 35 años y sin ningún factor de riesgo la posibilidad de embarazo es solo de 18 a 35% por mes, cuando el contacto sexual es en el periodo ovulatorio. Después de los 35 años la fertilidad de la mujer disminuye y a los 40 la probabilidad mensual de lograrlo es de menos del 10%. Consideramos que el papel de la matrona es fundamental, porque actualmente hay poca información, que si se ofreciera, ayudaría a disminuir el estrés que supone a estas parejas la búsqueda de embarazo.

Objetivo: Elaboración de un folleto informativo como material educativo.

Método: Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos. Con la información obtenida elegimos el folleto como material educativo que permite una fácil divulgación y accesibilidad a la información.

Resultados: Folleto informativo dirigido a parejas con problemas de fertilidad, que estará a su disposición en los centros de salud adscritos al Hospital San Cecilio de Granada. En dicho folleto se recogen recomendaciones para mejorar las posibilidades de embarazo, invitando a su vez a acudir a la consulta de la matrona para solventar los posibles dudas que pudieran surgir.

Conclusiones: Consideramos que la matrona, como profesional directamente relacionado con la salud sexual y reproductiva de la mujer, es la persona idónea para desarrollar intervenciones de educación sanitaria en este campo. Con la elaboración de este folleto podrían quedar cubiertas las necesidades informativas de estas parejas, que en muchos casos no saben dónde acudir.

Bibliografía:

- > Estudio básico de esterilidad desde el punto de vista de medicina basada en la evidencia. Bruna Catalán, I; Collado Ramos, O; Prados Mondañar, F. Unidad de Medicina de la reproducción, Hospital Madrid-Montepíncipe. Revista Iberoamericana de Fertilidad. Numero 3-2007 Mayo-Junio 2007.
- La buena salud antes del embarazo. La atención antes de concebir. The American College of Obstetricians and Gynecologists. 2007
- > Embarazo: cosas que debe considerar antes de quedar embarazada. Academia Estadounidense de Médicos de Familia. Robert B. Kelly, 2001.
- > Sociedad española de fertilidad: sefertilidad.com

Autores:

Cámara Jurado Ana. Granada. EIR
 Crespo Graciano Raquel. Granada. EIR
 Molina Conde María Luisa. Granada. EIR
 Varela Dueñas Celia. Granada. EIR
 Hidalgo Ruiz Manuel. Granada. EIR

LA ENFERMEDAD DE CHAGAS CONGÉNITA: ¿QUÉ PAPEL DESEMPEÑA LA MATRONA?

María Dolores Campos Navarro¹, Manuela Zaragoza Soler¹, Sonia García Duarte¹, María del Carmen Ariza Salamanca¹, María del Mar Sánchez Gulsado¹
¹ Enfermería Interna Residente, Unidad Docente de Enfermería Obstétrico-Ginecológica de Murcia, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

ENFERMEDAD DE CHAGAS

Agente:

- *Trypanosoma cruzi*

Vector:

- Triatominos (vinchuca, chinche, chupança,...)

Principales vías de transmisión

- *Vectorial*
- *Transfusional*
- *Materno-fetal*
- *Trasplantes*

Etapas de la enfermedad:

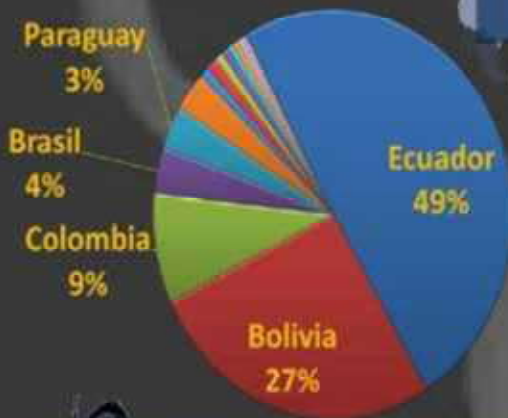
- *Aguda*
- *Crónica inaparente*
- *Crónica sintomática*

Tratamiento:

- *Nifurtimox o benznidazol*

No se recomienda en embarazo, lactancia o alergia

Distribución de mujeres en edad fértil en riesgo por país de procedencia



DATOS DE POBLACIÓN REGIÓN DE MURCIA 1 ENERO 2008

Mujeres en edad fértil que proceden de países endémicos sobre el total de mujeres en edad fértil

9,37%

Mujeres en edad fértil: 322.105
 De países endémicos: 30.211
 Seroprevalencia en mujeres según el país de procedencia:
 ✓ Bolivia: 51 %
 ✓ Brasil: 8,5 %
 Tasa de transmisión vertical : 2-8%

La matrona tiene un papel fundamental en el control de la enfermedad. Se recomienda realizar cribado en todas las madres procedentes de áreas endémicas y diagnóstico precoz de los recién nacidos de madres infectadas.

El diagnóstico precoz del Chagas congénito, está relacionado con una disminución de la morbi-mortalidad.

Protocolo propuesto



AGRADECIMIENTOS:
 María Dolores Nicolás Vigueras, Matrona, Profesora de la Unidad Docente de Enfermería Obstétrico-Ginecológica de Murcia
 Bartolomé Carrero Fernández, Médico, Unidad Regional de Medicina Tropical, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

El miedo en el parto

López Videla Carmen; Sánchez Cunqueiro M^a José; Ameijeiras Canosa María; Pereira Pérez Josefa.
Matronas Atención Primaria Área de Vigo

Introducción

- Es común que las mujeres embarazadas sientan miedo ante el nacimiento de su hijo ya que es un evento impredecible y doloroso, con una morbilidad materno fetal baja pero que puede ser grave si se produce.
- Cuando una mujer se enfrenta a una situación que teme, se incrementa su *arousal* fisiológico que puede interferir con el desarrollo fisiológico del parto, alargándolo y aumentando la percepción del dolor.
- Varias investigaciones (*) han mostrado que los principales miedos que sienten las mujeres tienen relación con aspectos como el bienestar del bebé, miedo al dolor a perder el control o la integridad personal.

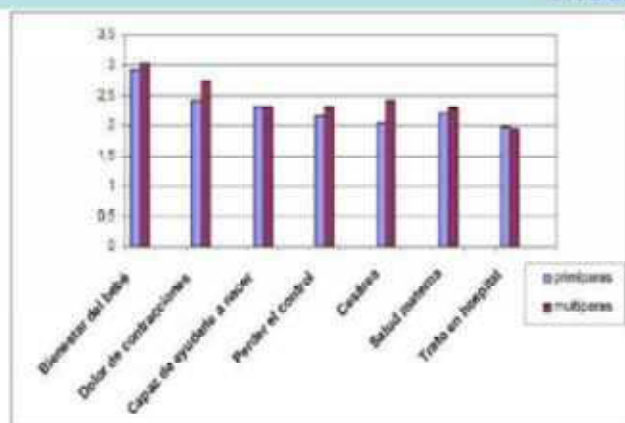
Objetivo

- Averiguar cuales son los principales temores de las embarazadas españolas.
- Comparación entre primiparas y multiparas.
- Influencia del miedo sobre el dolor en el parto.

Material y métodos

- Participaron voluntariamente 87 mujeres sanas con edad media 30 años, en el tercer trimestre de embarazo, 66 primiparas y 31 multiparas, con embarazo normal y feto único. Todas tuvieron un hijo sano.
- Datos recogidos por las autoras del trabajo.
 - El primer cuestionario fue cumplimentado en la consulta de la matrona entre la semana 35 y 41 de embarazo. *Childbirth Attitudes Questionary*: 16 ítems con escala Likert de 4 puntos.
 - El cuestionario posparto fue cumplimentado en la consulta de revisión tras el nacimiento, en los primeros diez días. *Cuestionario de dolor McGill* (Ruiz López y cols, Clínica de dolor de Barcelona), se obtiene una puntuación sensorial, afectiva y miscelánea; sumándolos se obtiene la puntuación total.

Resultados



Correlaciones		
dolor percibido		Miedo, CAQ
sensorial	Correlación de Pearson	,199
	Sig. (bilateral)	,065
	N	87
afectivo	Correlación de Pearson	,246*
	Sig. (bilateral)	,021
	N	87
dolor total	Correlación de Pearson	,242*
	Sig. (bilateral)	,024
	N	87

*La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

Conclusiones

- Todas las mujeres manifiestan en algún grado miedo al parto.
- Los principales miedos son sobre el bienestar del bebé y el dolor de las contracciones (igual que en otras culturas).
- Las multiparas tienen más miedo que las primiparas.
- El miedo perjudica a la percepción de dolor en el parto: las mujeres con más miedo también perciben mayor dolor.

(*) Alohagen, S.; Wijma, B. y Wijma, K. (2006). Fear of childbirth before, during, and after childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*; 85 (1): 56-62.
 Areskog, B.; Kjessler, B. y Uddenberg, N. (1982). Identification of women with significant fear of childbirth during late pregnancy. *Gynecol Obstet Invest*; 13: 96-107.
 Lowe, N.K. (2000). Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynecol*; 21: 219-24.
 Saisto, T.; Kaaja, R.; Ylikorkala, O. y Halmesmaki, E. (2001). Reduced pain tolerance during and after pregnancy in women suffering from fear of labor. *Pain*; 93: 123-127.
 Saisto, T. y Halmesmaki, E. (2003). Fear of childbirth: A neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand*; 62.



"Promoviendo una cultura de prevención En Salud Sexual y Reproductiva"

Autores: Aurora Villareal Correa, Naveros Figueroa Sonia, Katerine Santamaria, Mariela Bernal Bernal, Mariné Latorraca Coronado

Antecedentes



El incremento de la población en España como consecuencia de la inmigración, esta caracterizada por el porcentaje elevado de mujeres con una media de edad de 30 años. Población en edad fértil, lo cual supone una nueva situación de demanda de servicios de salud en especial los servicios de salud sexual y reproductiva: Incremento en la demanda de la atención del parto; cambios en los indicadores de salud en la relación a los abortos (50% del total de abortos en España corresponden a mujeres inmigrantes), desconocimiento de la oferta de servicios de planificación familiar y difícil acceso según su situación administrativa legal.

Se usó una metodología de educación grupal y consejería individualizada con apoyo de material educativo. Además de entretenimiento en el uso adecuado del preservativo. Esto se realizaron en espacios de socialización de población inmigrante de edad fértil.



Objetivos

1.- Promoción de los servicios sanitarios, focalizados en salud sexual y reproductiva.



2.- Concienciar y sensibilizar a la población inmigrante sobre la prevención: Embarazo no deseado e ITS.



3.- Educar e informar sobre métodos de planificación familiar.

Resultados

Se desarrollaron dos campañas de prevención y promoción de salud sexual y reproductiva. 320 hombres y mujeres con consejería individualizada.

140 mujeres entrenadas en el uso del condón femenino.

1000 folletos distribuidos del Manual del Inmigrante. Por Tí, por tu salud y SIDA



Conclusiones



Por otro lado, más allá de las diferencias lingüísticas que no es el caso del colectivo latinoamericano están las diferencias culturales, que se traducen en una relación agente sanitario-usuario de temor, desconfianza-generado por desconocimiento y poca información - es decir una relación no empática y vertical. Ante ello es necesaria intervención dirigida a promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva. En la población inmigrante.

El rol del padre en la experiencia del parto. Un folleto informativo.

Postigo Mota Francisca¹, Bru Espín Carmen María², González Álvarez María³, Ruiz Hernández Mónica¹, Soto Herrera Verónica²

1. Gerencia de Atención Primaria de Murcia, 2. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia
3. C. Salud Roca-Montevell (Gijón)

Introducción

Aunque tradicionalmente la figura de la matrona se asocia principalmente con la atención a la mujer, su papel en la educación sanitaria se extiende a la familia en su conjunto y a la comunidad por extensión. Por esta razón cuando una matrona admite bajo su cuidado a una mujer, realmente está admitiendo una unidad familiar de al menos 3 individuos: madre, padre y bebé. Podríamos inferir entonces, que toda actividad de educación sanitaria y promoción de la salud realizada por la matrona debe contemplar las necesidades y beneficios de la misma para la unidad familiar en su conjunto.

En estos momentos en nuestro país, la persona que acompaña a la mujer en el proceso del parto suele ser el padre del futuro bebé. Su rol, a diferencia del de los distintos profesionales que intervienen en el proceso, suele ser voluntario y no definido. Como consecuencia, el hombre que acompaña a su pareja en el momento del parto a menudo se siente inadecuado, perdido y asustado al no saber qué se espera de él o cómo puede intervenir en el proceso. Aunque existe cierta controversia al respecto, los beneficios de la presencia del padre en el momento del parto están ampliamente descritas en la literatura. Sin embargo, también ha sido bien documentado cómo la ansiedad y la incapacidad del padre para enfrentarse a las demandas del parto pueden tener efectos negativos en la experiencia final de la pareja. De acuerdo con la Teoría de la Eficacia del Proceso, dotar al individuo con información adecuada acerca de un a situación concreta, reduce la ansiedad y los capacita para permanecer en control de la situación. Sin embargo, y aunque las necesidades de los padres han sido exploradas en la literatura y reconocidas por los matronas, el acceso a la información y la formación sigue estando limitada para este colectivo. La escasez de recursos humanos y de infraestructura por parte de la sanidad pública limita la flexibilidad de horarios de las clases de educación maternal. Por otro lado el alto coste de la oferta privada dificulta igualmente el acceso. A este factor se une la escasez de literatura específica dedicada al rol del futuro padre en el momento del parto.

Objetivos

- 1: Mejorar el acceso de los padres a información específica acerca de su rol en el parto en nuestra población.
- 2: Mejorar la comprensión del padre de la importancia de su rol en el parto.
- 3: Mejorar el nivel de confianza y seguridad del padre en su papel a desempeñar en el momento del parto.
- 4: Mejorar el nivel de satisfacción de la pareja con la experiencia del parto.

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica, donde se identificaron aquellos aspectos donde los padres expresaban mayor inseguridad a la hora de desempeñar su papel en el parto. También se identificaron las expectativas de las mujeres acerca del mismo. Desde esa base, se diseñó un tríptico que recoge las necesidades propias del padre en el momento del parto, recursos para apoyar física y emocionalmente a su pareja en ese momento y algunos consejos prácticos. En una fase posterior se pretende evaluar la utilidad percibida por los padres mediante dos cuestionarios distintos: uno previo a la entrega del folleto y otro posterior al parto. De esa forma pretendemos establecer la utilidad de esta intervención.

Resultado



Conclusiones

El parto es un momento trascendente en la vida de una pareja. En la actualidad, la presencia del padre en la sala de partos es una realidad en nuestros hospitales. Sin embargo sus necesidades de información y formación no han sido abordadas adecuadamente. Por lo tanto, si como matronas queremos ofrecer una atención holística al parto, las necesidades de los padres deben ser reconocidas y atendidas adecuadamente. Ofrecer información correcta y adecuada a sus necesidades tendrá un efecto positivo sobre el nivel de satisfacción de la pareja con la experiencia del parto y sobre el bienestar emocional futuro de la unidad familiar.

NACER SIN HUMO

INTRODUCCIÓN: Investigaciones llevadas a cabo sobre mujeres embarazadas que siguen fumando durante su gestación, han demostrado que, no solo arriesgan su propia salud, sino que también ponen en peligro la de su hijo, ya que la inhalación del humo del tabaco, modifica enormemente las condiciones bajo las cuales se desarrolla el feto durante el periodo prenatal.

OBJETIVO: Dar a conocer a las mujeres embarazadas los efectos negativos que el tabaco ocasionará en su futuro hijo si permanecen con el hábito tabáquico durante la gestación, y que conozcan los métodos de motivación para que hagan un intento serio de abandono.

FUMAR DURANTE EL EMBARAZO PUEDE PRODUCIR...

- ✗ Mayor número abortos espontáneos.
- ✗ Aumento de la mortalidad perinatal.
- ✗ Retraso del crecimiento intraútero.
- ✗ Partos prematuros.
- ✗ El doble de riesgo de muerte súbita del lactante.
- ✗ Labio leporino y fisura palatina.
- ✗ Mayor riesgo de desarrollar asma, bronquitis, neumonías, y trastornos de aprendizaje.
- ✗ Los niños amamantados al pecho de madres fumadoras pueden sufrir inquietud, insomnio, diarrea y succión débil.



CONSEJOS PARA DEJAR DE FUMAR

- ✓ Piensa en las razones para no fumar:
 - disminuyes el riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo y el parto.
 - previenes la muerte súbita del lactante.
 - proteges a tu bebé de sustancias químicas que puedan dañarlo en su crecimiento.
- ✓ Tendrás que hacer un esfuerzo pero que el sacrificio merece mucho la pena.
- ✓ Lo primero es tomar firmemente la decisión de dejar de fumar. Fija una fecha en que lo dejarás totalmente, y anótala en una hoja de papel que colocarás en un lugar visible.
- ✓ Si tienes ganas de fumar espera medio minuto. Haz algo que te permita tener la mente y las manos ocupadas.
- ✓ Prepárate para ello: analiza cuándo y dónde sueles fumar. Considerando estas situaciones podrás evitarlas.
- ✓ Empieza fumando menos. Retrasa el primer cigarrillo del día hasta que puedas, y apágalo siempre a la mitad.
- ✓ El día anterior al elegido para abandonar por completo el hábito, tira a la basura el paquete que te quede, incluidos los mecheros y los ceniceros.
- ✓ Levántate cada día con el mismo objetivo: "no fumar hoy"

CONCLUSIÓN

Un consejo sanitario claro, firme y personalizado
AYUDA para dejar de fumar

CRISTINA POLO CALLEJA, MATRONA,
 FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ (MADRID)
 MAITE ZUBILLAGA SIGUERO, MATRONA,
 H. INFANTA LEONOR (MADRID)
 BEATRIZ VALVERDE MELERO, MATRONA,
 H. GREGORIO MARAÑÓN (MADRID)
 NOELIA PALLARÉS JIMÉNEZ, MATRONA,
 H. GREGORIO MARAÑÓN (MADRID)

APLICABILIDAD DE NANDA -NOC-NIC EN EL TRABAJO DIARIO DE LA MATRONA.



INTRODUCCIÓN:

Para la labor diaria de la matrona se hace fundamental el trabajo profesional que asiste a una mujer durante el parto. Prestar nuestra atención de una forma individualizada en relación con su parto.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Revisión de la bibliografía existente sobre el tema en bases de datos digitales y bibliografía específica.

RESULTADOS.

El modelo teórico que más relación presenta con el ámbito de la "matrona" (Tª centrada en el cuidado materno).

Son escasos los trabajos consultados que relacionan la NANDA

Propuesta de Diagnósticos NANDA, NIC y NOC relacionando con el proceso: PARTO VAGINAL.

Esquema : plan de cuidados estándar :



COMPLICACIONES

MADRE:

- Atonia
- Hemorragia
- Infección
- Estreñimiento

RN:

- Inmadurez
- Hipotermia
- Hipoglucemia
- Infección e ictericia

CONCLUSIONES:

Se hace esencial alertar a las matronas en la necesidad de estar presente a lo largo de todo su ciclo vital, y no sólo al momento del parto. El uso de NANDA para

con planes de cuidados estandarizados que permitan la coordinación de la atención a una mujer de parto que permita satisfacer las necesidades demandadas por cada una de ellas.

OBJETIVOS.

Aplicar el método científico a los cuidados que presta la matrona durante el proceso de parto, que permita la atención del proceso de una forma estandarizada, y a la vez personalizada a las necesidades de cada usuaria.

El modelo descrito por Ramona Mercer y basado en los trabajos de Goffmann).

NOC con la labor diaria de la matrona en el proceso: PARTO VAGINAL. Estancia media 2 días

INTERVENCIONES NIC

- acompañamiento de la persona elegida, Escuchar, crear ambiente de confianza. Actividades.
- Manejo del dolor: administración, eliminación, arreglo personal.
- Valoración del dolor, manifestaciones no verbales, cuidados analgésicos, información del dolor, técnicas no farmacológicas para manejo del dolor; relajación, ventilación, «Down» de «Up» (trabajo de manos del profesional).
- Evitar el uso de procedimientos invasivos...

- Al ingreso, cuidados posparto: loquios, episio...
- Posiciones, posturas, cuidados de mamas, signos infección.
- Relación familiar)
- Brindar información y formación para la participación en el proceso asistencial.

Administración de medicación posparto

Cuidados posparto: grado de intensidad del dolor, loquios, vaciamiento vesical, inspección uterina, higiene perineal, episiotomía, signos de infección, consumo líquido y de fibra, deambulación precoz.

Cuidados neonatales: RN: vigilar RN y signos de alarma, control de temperaturas, evitar pérdidas de calor, realización de pruebas prescritas (glucemias...)

Modelo teórico en que se da cabida a la atención de la matrona en el lenguaje cotidiano es el que permite a las matronas plantear los objetivos de su trabajo y de los modelos para poder lograrlos.

ACOMPañAMIENTO DURANTE EL PARTO POR LA PERSONA DE ELECCIÓN DE LA MUJER: CALIDAD PERCIBIDA

- **ANTECEDENTES:** Uno de los factores que influyen en la satisfacción de las mujeres que se enfrentan al nacimiento de su hijo es la presencia de acompañante durante el parto. Los padres demandan una humanización de la asistencia incorporándose activamente en este proceso. La presencia de la persona de elección de la mujer en dilatación y paritorio reduce la tasa de partos instrumentales y cesáreas y disminuye la ansiedad y el miedo. La elección del apoyo continuo durante el parto es un derecho de la mujer y un indicador de calidad en la asistencia prestada.
- **OBJETIVOS:** Conocer si se respeta la elección de la mujer sobre su acompañante en el parto. Describir el nivel de satisfacción percibido por la mujer.
- **MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio observacional descriptivo. Ámbito: 80 embarazadas del Centro de Salud Zona V en Albacete, 2008. Encuesta en grupos de preparación al parto; encuesta telefónica posterior al parto. Criterios exclusión: no deseo de acompañante o imposibilidad de éste de acceso al centro. Criterio de exclusión en el expulsivo: cesárea. Análisis: Base de datos Excell
- **RESULTADOS:**

PERSONA DE ELECCIÓN



ELECCIÓN RESPETADA



SATISFACCIÓN DE LA MUJER



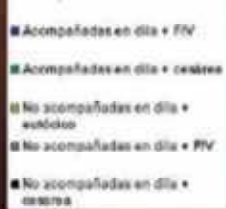
APORTACION DEL ACOMPañANTE



ACOMPañANTE EN DILATACIÓN



ACOMPañANTE EN PARITORIO



ACOMPañANTE EN PARITORIO



- **CONCLUSIONES:** La persona de elección mayoritaria es la pareja que aporta fundamentalmente apoyo emocional y seguridad. En la gran mayoría de los casos el acompañante real corresponde con el elegido a priori. Todas las mujeres que han tenido acompañante están contentas con su apoyo y volverían a elegirlo. Un alto porcentaje de mujeres son acompañadas en la dilatación. Todas las mujeres que tuvieron un parto autócico fueron acompañadas en el expulsivo. Cuando el expulsivo finaliza en fórceps o ventosa el acompañante sale del paritorio en la mayoría de los casos. Destaca también el bajo porcentaje de mujeres que creen que el acompañante puede ayudarles a controlar el dolor.
- **NOTA:** Este estudio sigue en curso con la finalidad de ampliar la muestra.



Parto eutócico vaginal tras cesárea

Gurutzetako ospitalea
Hospital de Cruces

María Begoña Arenado Malvar, Esperanza Bardeci López, Begoña de Marcos Rodríguez,
Ana Maria Mayor Cruells, Área de partos del Hospital de Cruces (Barakaldo)

Colaboración especial Dr. Luis Fdez. Llabreuz Área de partos del Hospital de Cruces (Barakaldo)

INTRODUCCIÓN

Tanto la cesárea electiva planificada como el parto vaginal planificado, en mujeres con cesárea previa, se asocia con caídas y ventosas.

Las principales sociedades perinatales admiten que el parto vaginal después de una cesárea (PVDC) es un método seguro y práctico. Por tanto, debe intentarse una prueba de trabajo de parto, en casi todas las mujeres con cesárea previa, dado que la mayor parte de estas son candidatas a un parto vaginal.



CUIDADOS DURANTE EL PROCESO DE PARTO:

- Informar sobre los cuidados a aplicar
- Monitorización fetal
- Canalización de vía perineal
- Anestesia
- Colocación de catéter de presión interna para control de dinámica uterina
- Anestesia epidural si desea la paciente
- Comprobar la evolución del parto cada dos horas
- Valorar la dinámica uterina con oftoscopia
- Control de pérdidas hemáticas
- Alumbraimiento dirigido
- No revisión de cuádriz uterina si no aparecen muestras de hemorragia



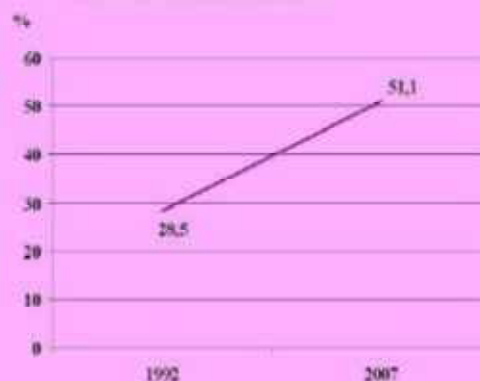
OBJETIVOS

Analizar la tasa de partos eutócicos asistidos por las matronas en mujeres con antecedentes de cesárea en nuestra unidad de partos, así como los resultados de morbimortal perinatal.

MATERIAL Y METODOS

Análisis de los datos recogidos a partir del registro informatizado de las historias clínicas de los partos eutócicos vaginales tras cesárea realizados en nuestra unidad obstétrica durante el periodo comprendido entre los años 1992 y 2007.

PARTOS ASISTIDOS POR MATRONA



RESULTADOS

El número de partos vaginales que se ha analizado en este trabajo ha sido de 1207.

La asistencia por parte de las matronas al parto vaginal ha pasado de ser de un 28,5% en el año 1992 a un 51,1% en el año 2007, siendo este incremento progresivo año tras año en la asistencia a este tipo de partos. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en términos de Ph de cordón y test de apgar.

CONCLUSIONES

Si se realiza una adecuada selección de las pacientes y se tienen los medios necesarios para una respuesta rápida a las posibles complicaciones, el parto vaginal después de una cesárea es una opción válida que, en la mayoría de las ocasiones puede ser asistido por una matrona terminada en un parto seguro tanto para la madre como para el recién nacido.

Beneficios de las posiciones durante el trabajo de parto

García, Laura¹; Payaró, Anna²; Argllés, Sónia³

¹Hospital del Mar, IMAS, Barcelona. ²ASSIR Manso, ICS, Barcelona. ³ASSIR Lleida, ICS, Lleida.

Introducción

La biología ha previsto que la mujer durante su trabajo de parto puede moverse y cambiar de posiciones. La actividad proporciona distracción, un sentimiento de mayor libertad y el aumento de la producción de endorfinas que disminuye la sensación de dolor. Cuando las mujeres dan a luz sin restricciones encuentran posturas que pueden resultar cómodas, y cambian estas posiciones con frecuencia escuchando los señales de su cuerpo.

Ejemplos de cambios posturales durante la dilatación



Ejemplo de posiciones para el expulsivo



Conclusiones

Tras revisar la literatura se observa que los beneficios de la variación de las posturas durante el parto (cucillas, cuadrupedia, de pie, decúbito lateral) son los siguientes: Ampliación de los diámetros de la pelvis, mayor eficacia de las contracciones uterinas, cambio de la posición fetal, mejor oxigenación, disminución de la duración del parto y del posible dolor lumbar, disminución en la pérdida de sangre, disminución de los desgarros perineales, menor uso de medicamentos analgésicos y oxitócicos y mejora del estado psicológico de la madre. Teniendo en cuenta que los cambios posturales conllevan muchos beneficios potenciales y pocos riesgos, es una opción que deberíamos tener más en cuenta en nuestras salas de partos.

Bibliografía

- Dodner-Adler B, Dodner K, Kimberger O, Lozano P Women's position during labour: influence on maternal and neonatal outcomes.
- Wien Klin Wochenschr 2003; 115 (19-20): 720-3 Gupta JK, Hofmeyr GJ. Position of women during second stage of labour.
- Cochrane Database syst ref 2004; (1):CD 00200 Walker C Fisioterapia en ginecología y Uroginecología. Masson 2006 Barcelona.



UNIDAD DOCENTE DE ENFERMERÍA OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA,
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE - SESCAM
Autoras: Ana B. García Bravo, M^o Cristina Vilena Vergara, Ana S. Millán Callado y Rebeca Tejedor Muñoz.



PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA: IMPORTANCIA EN EL PUERPERIO

TRAS EL PARTO

- ANSIEDAD Y NERVIOSISMO
- INSOMNIO
- MIEDO SIN MOTIVOS
- CANSANCIO EXCESIVO
- DESCUIDO PERSONAL
- APATIA SEXUAL
- RECHAZO AL BEBÉ
- FALTA MOTIVACIÓN
- CAMBIOS DE HUMOR
- BAJA AUTOESTIMA
- INCAPACIDAD CUIDAR BEBÉ
- ATAQUE LLANTO

EDUCACIÓN MATERNAL

- DATE TIEMPO
- CUIDA DE TU BEBÉ
- QUIÉRETE
- SAL Y DIVIERTETE
- HAZ EJERCICIO
- INTENTA DORMIR
- COMPRENDE A TU PAREJA
- SÉ CARIÑOSO
- ACEPTA AYUDA DE OTROS
- ESCUCHA SUS SENTIMIENTOS
- DILE QUE LE NECESITAS



CONSULTA A TU MATRONA

La percepción de los profesionales de la salud sobre la práctica de la lactancia materna

Los profesionales de la salud, más concretamente, las matronas, tienen un papel clave en el apoyo a la lactancia materna. La OMS y el UNICEF promueven, protegen y apoyan la práctica de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementada por los 2 años de edad, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y reducir la malnutrición, la mortalidad infantil y las enfermedades crónicas en la edad adulta. Con el fin de normalizar las prácticas de los profesionales de la salud elencaron una serie de medidas que se piden medidas en diciembre para el éxito de la lactancia materna.

MATERIAL Y MÉTODOS

Con este estudio queremos examinar la percepción que tienen los profesionales de la salud con respecto a su práctica de la lactancia materna. Se trata de un estudio descriptivo correlacional, cuya recogida de datos se llevó a cabo durante el primer trimestre de 2008. La muestra no es una probabilidad y conveniencia realizado por 111 profesionales de la salud en contacto por correo electrónico y que voluntariamente respondieron al cuestionario

RESULTADOS

EDAD	N°	%
<30 años	30	27,1
30-35 años	36	32,5
35-40 años	37	34,0
40 años	30	28,1
OCCUPACIÓN		
Enfermera	55	50,5
Matrona	17	15,8
Enfermero	2	1,8
Enfermera	3	2,7
Médico	1	0,9
TRABAJO		
Empírico	72	64,9
Docencia	32	28,8
Reserva	4	3,6
Otro	3	2,7
CERTIFICACIÓN PROFESIONAL ADICIONAL AL DE		
Si	10	9,0
No	101	90,9



SEXO	N°	%
Mujer	7	6,3
Hombre	104	93,7
FORMACIÓN ESPECÍFICA LA LACTANCIA MATERNA		
Si	69	62,1
No	40	35,9
No responde	2	1,8
FORMACIÓN		
Asesor	46	41,4
Entrenador	12	10,8
Otro	11	9,9
EXPERIENCIA EN ASESORAMIENTO		
<1 año	28	25,2
1-3 años	32	28,8
4-6 años	18	16,2
>7 años	28	25,2



Después de	Mín	Más	Media	D.T
1) Formular una buena práctica sobre la lactancia materna que debe ser aplicada sistemáticamente a todo el equipo de salud	3	8	5,6	1,70
2) Capacitar a todo el equipo de asistencia sanitaria, a fin de aplicar mejor dicho	5	10	7,5	1,1
3) Informar a todas las mujeres embarazadas sobre las ventajas de la lactancia materna y naturalmente	4	12	9,4	1,6
4) Ayudar a las madres a iniciar la lactancia materna en la 1ª o 2ª hora después del parto	4	20	10,7	3,7
5) Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia incluso si ellas están separadas de sus hijos	5	25	11,8	4,0
6) Que se dé a las madres un curso teórico o práctico que sea sobre lactancia materna, cuando que se está indicados por el médico	5	15	10,5	1,9
7) Formular que las madres y los bebés a permanecer juntos las 24 horas del día	6	18	9,8	3,2
8) Formular la lactancia materna a libre demanda	3	15	4,5	2,4
9) Que los bebés amamantados en el pecho se les dé pecho artificial o suplemento	2	15	12,0	2,1
10) Formular la formación de grupos de apoyo para la lactancia materna cuando la madre debe abandonar después del alta hospitalaria	6	22	16,3	3,0

CONCLUSIONES

Los resultados nos permiten concluir que los profesionales de nuestra muestra fueron mayoritariamente con mujeres (93,7%) con edades que van los veinticuatro y cincuenta y cuatro años, con el tiempo el ejercicio de entre un profesional y treinta y cinco años. Se trata de enfermeras (50,5%) 18,8% enfermeras y especialistas. El 85,6% trabajan en instituciones que no están certificadas por la iniciativa de Hospitales Amigos del bebé. Hemos detectado que el 62,1% tienen una formación específica en la lactancia materna y el 41,4% de ellos son asesores, formadores y el 10,8%. 54% tienen hasta 3 años de experiencia en asesoramiento sobre lactancia materna. Como cabía esperar, son los profesionales que han específicas de capacitación sobre lactancia materna que obtienen mejores valores en el cumplimiento de los 10 pasos para el éxito de la lactancia materna, con diferencias estadísticamente significativas en los pasos 1, 5, 8, 9 y 10. Es en el paso 3 que los valores son más bajos. La discriminación por razón de sexo sólo el paso 9, es el macho que da mejores resultados. La edad interfiere en el paso 1 para los profesionales menores de 30 años. El hecho de pertenecer a una institución certificada va a influir en los pasos 1 y 3. Ellos son los profesionales con más de 7 años de experiencia en asesoramiento sobre lactancia materna que muestra las estadísticas significativas en el paso 4.

Los resultados apuntan a la absoluta necesidad de una formación específica en la lactancia materna con el fin de ser un éxito

BIBLIOGRAFÍA

- BARCELÓ M. - Necesidad de apoyo social. Ginebra y Berna, Libros de la OMS, 1994: 61, 62-63.
- DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND RESEARCH. *World Health Report 2002*. Geneva: WHO, 2002.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World Health Report 2002*. Geneva: WHO, 2002.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World Health Report 2002*. Geneva: WHO, 2002.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World Health Report 2002*. Geneva: WHO, 2002.

Autores

- Dolores Izuel - Encar Izquierdo Encarnación Fort
- Marta Ferrer - Encar Izquierdo Encarnación Fort
- Encar Izquierdo Encarnación Fort - Almada





La influencia del ritmo circadiano en la duración del parto

Autores: Soto Pérez, R.¹; Carrillo Jiménez, M.I.¹; Martínez Almarcha, F.²

1. Residente de matrona (E.R.2) Hospital Vega Baja (Orihuela, Alicante). 2. Matrona, Hospital Vega Baja (Orihuela, Alicante)

Antecedentes y objetivos:

Los ritmos circadianos o biológicos son recurrencias de fenómenos biológicos en intervalos regulares de tiempo. Hasta ahora, muchos estudios han demostrado que el ritmo circadiano influye en diversos aspectos relacionados con el parto, tales como la variación de los niveles de oxitocina, la percepción del dolor, la incidencia de la psicosis puerperal, la mortalidad infantil y la duración del parto. Con relación, a este último aspecto, y dada la evidencia empírica previa, nuestro objetivo es examinar el efecto del ritmo circadiano sobre la distribución de la duración del trabajo de parto.

Resultados:

Los resultados muestran que la estancia media en dilatación es:

- Por la noche de 144 min.
- Por la mañana de 182,64 min.
- Por la tarde de 215,03 min.

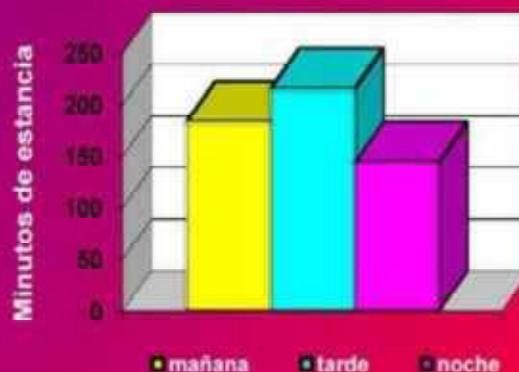
Así, se observa que por la noche la duración es de **38,839 min.** menos que por la mañana y **71,029 min.** menos que por la tarde, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($P < 0,05$).

Método:

Se ha partido de una muestra de 842 partos espontáneos y eutócicos acontecidos en el año 2007, recogida a partir de una base de datos del registro hospitalario. Tras categorizar el momento del parto en tres grupos: mañana, tarde y noche, se ha estudiado el tiempo de estancia en dilatación (duración en minutos del periodo activo de parto). Para ello, se ha realizado un ANOVA (y análisis de pruebas robustas de igualdad de medias), tras comprobar la homogeneidad de varianzas con el test de Levene, utilizando el paquete estadístico SPSS v.15.0.

Para contrastar las diferencias individuales entre el momento del parto y la duración, se han realizado pruebas post-hoc, test de Scheffé y test de Tamhane.

Estancia en dilatación



Conclusiones:

El ritmo circadiano influye significativamente en la distribución de la duración del trabajo de parto.

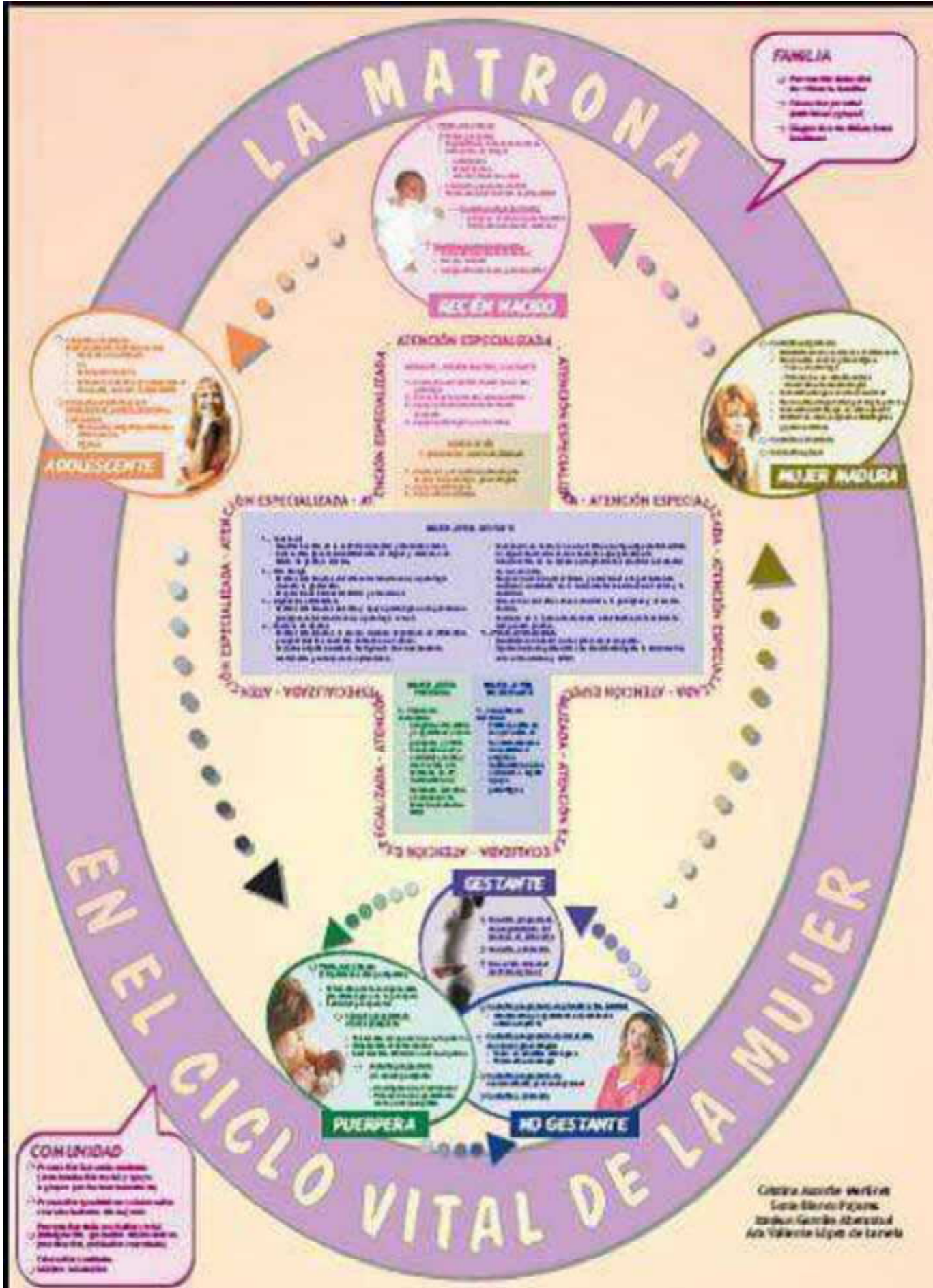
Los partos son de menor duración por la noche (144 min) y de mayor duración por la tarde (215,03 min.).

La evidencia encontrada confirma los hallazgos encontrados en trabajos anteriores, corroborando la importancia del ritmo circadiano en la distribución de la duración del trabajo del parto.

Bibliografía:

1. Becka B. R. circadian variation in the observed duration of labor. *Possible causes and implications.* *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1961; 70:371-403-4.
2. Reame J. et al. *Cybernetic and circadian timing of birth.* *Phys Rev.* 2007; 285: e102.
3. Oishi JI. et al. *Moving compared with nesting: evolution of labor a nested circadian rhythm?* *Obstet Gynecol.* 2006; 108(2): 303-60.
4. Oishi JI. et al. *The association between time of birth and labor injury: results in Japan.* *Am J Obstet Gynecol.* 2006; 195(4): 1323-6.
5. Aze AJ. et al. *Chronobiology of labor pain perception: an observational study.* *Br J Anaesth.* 2004; 93(1): 415-1.





PROTOCOLO DE ENFERMEDAD DE CHAGAS EN LA GESTACIÓN



Departamento 12
 (Salvago Mátiques, Ana, Cuzumilla Oscar, Esperanza, Lopez Claver, Inmaculada, Ter, Requena, Virginia)



ANTECEDENTES Y OBJETIVO:

La globalización, y con ella los grandes movimientos migratorios poblacionales, ha tenido repercusiones no solo en el ámbito político, social y económico, sino también sanitario. Los inmigrantes vienen con su cultura, su forma de vivir y sus creencias, pero también con sus problemas de salud.

La enfermedad de Chagas es una enfermedad poco conocida hasta hace pocos años en nuestro ámbito y que se ha hecho evidente con la llegada de inmigrantes procedentes de Latinoamérica (600.000 mil personas viven y trabajan en España). Es una zoonosis causada por el *Trypanosoma Cruzi*, transmitida al hombre por un vector (insecto hemíptero), endémica en América Central y del Sur, descrita por Carlos Chagas en 1909.

El Chagas congénito es la enfermedad de Chagas producida por transmisión transplacentaria madre-feto, curan el 100% de los casos si se tratan al nacer, se desconoce el mecanismo de contagio, el riesgo de contagio aumenta en VIII y tratamientos inmunosupresores, una embarazada puede contagiar en cualquier fase y puede transmitirlo en uno o más embarazos. La tasa de transmisión vertical a través de madres infectadas se sitúa entre el 5 y el 6%.

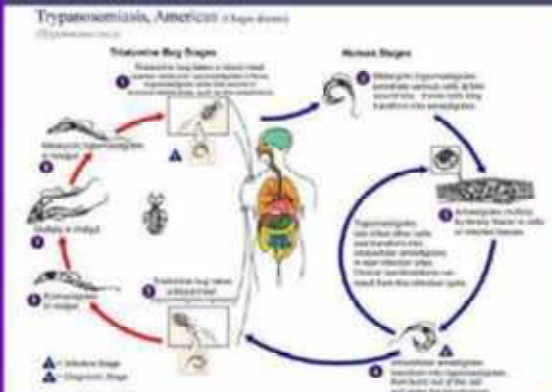
Según la circular 3/2007, del día 25 de octubre, del Director General de Salud Pública, sobre "Regulación del control de las infecciones congénitas y perinatales en la Comunidad Valenciana", la estrategia de diagnóstico y de control ha de incluir la serología convencional para *T. CRUZI* en mujeres gestantes procedentes de áreas endémicas y proceder a un seguimiento adecuado de las mujeres y sus hijos para detectar precozmente la infección congénita.

El objetivo del protocolo que presentamos es la detección de todas las gestantes portadoras de CHAGAS para el tratamiento precoz del Recién Nacido y el seguimiento y tratamiento de la mujer en el postparto.

PROTOCOLO

Vías de transmisión:

1. VECTORIAL (vector: vinchuca);
2. VÍA CONGÉNITA
3. VÍA PARENTERAL



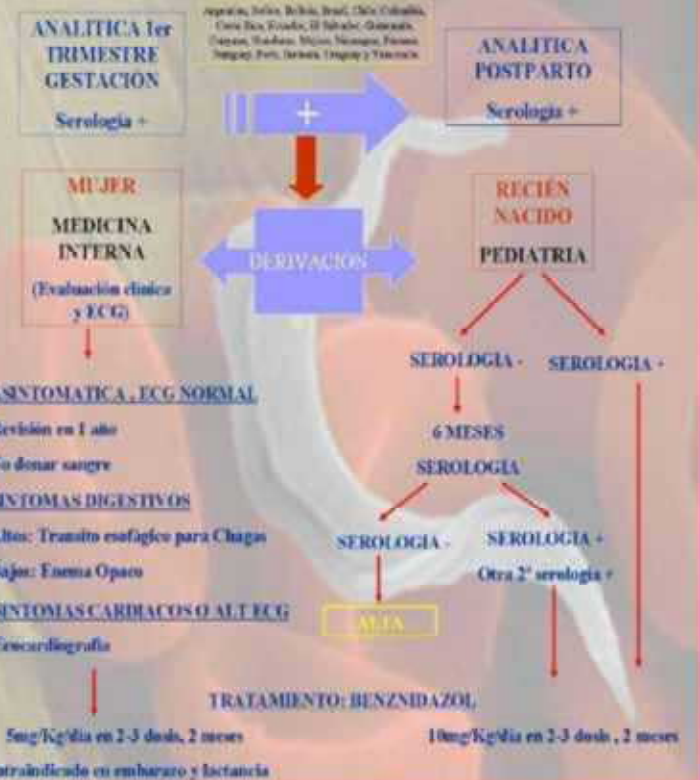
Formas clínicas:

FASE AGUDA: 20-30 días, Leucocitosis o leve transaminasas

FASE DE LATENCIA: 10 años

FASE CRÓNICA: Afectación cardíaca, aparato digestivo, sistema nervioso periférico

CRIBADO MUJER EMBARAZADA ÁREAS ENDEMICAS O VIAJERAS



RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

Los datos registrados sobre Chagas en el Hospital Francisco de Borja de GANDIA son desde marzo del 2006 hasta abril del 2008:

De los 2.935 partos registrados se realizaron 424 serologías (14%), de las cuales fueron positivas 35(8%). Los países de procedencia de estos casos fueron: Bolivia 88%, Ecuador 6%, Colombia 3% y Argentina 3%.

Es importante remarcar la necesidad de sensibilización y formación en patología importada, en especial en la enfermedad de Chagas, por parte de las matronas que atienden un elevado nº de mujeres inmigrantes en sus consultas, para así poder realizar una correcta orientación diagnóstica. Es primordial la detección en la gestación de todos los casos para su posterior derivación y tratamiento tanto de la madre como del Recién Nacido, ya que con el tratamiento precoz se curan al 100% del los Recién Nacidos y mejora el pronóstico de la mujer.

Este protocolo aporta a los profesionales un instrumento para poder conocer la Enfermedad de Chagas y su manejo (instalación lactancia materna, derivaciones, tratamiento...), permitiéndonos valorar tempranamente la posibilidad de infección de los Recién Nacidos.

BIBLIOGRAFIA:

- Don C, et al. Evaluation and treatment of Chagas disease in the United States. JAMA. November 14, 2007; Vol 298, nº 18
- Chirrepollo J. Enfermedad de Chagas (Trypanosomiasis Americana). En: Actual profemasol 2004; 7:116-119
- Quason J, et al. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Chagas importada. Med Clin (Barc) 2006; 128(6): 236-5
- Villa J, et al. Resultados del tratamiento de la enfermedad de Chagas en neonatos de 15 años. Rev Pediatr y Aten Primaria 2006; 7: nº 1: 6-26



ALTERNATIVAS NO FARMACOLÓGICAS AL DOLOR

DR. VICTORIA SEGUNDO ORTIZ, IRINI PÉREZ DE LOS COBOS HERNÁNDEZ, ISABEL LÓPEZ GONZÁLEZ, BEATRIZ MARTÍNEZ PASQUAL, LAURA NEGRANO HONOLIBERTO
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ABBIADICA

CON EVIDENCIA CIENTÍFICA

APOYO CONTINUO

Menor necesidad de analgesia
Más satisfecha con su experiencia



HIDROTERAPIA

Bloquea los canales del dolor
Ayuda a la relajación
Baja la presión de las articulaciones
Alternar compresas frías-calientes cada 20 minutos



REFLEXOLOGIA

Regulación de las contracciones uterinas- estimular la dilatación
Aliviar la sensación de náuseas
Disminuye la secreción de adrenalina
Alivia el dolor de las contracciones
Estimulación de la micción (epidural)
Estimula el peristaltismo intestinal
Estimulación del plexo solar



INMERSION EN EL AGUA.

Momento óptimo-6 cm de dilatación
Temperatura 32-36°C
Menor uso de analgesia
La flotabilidad favorece posturas verticales



INYECCION DE AGUA ESTERIL

Inyección de 0.1 – 0.5 ml de agua estéril transcutánea en los vértices laterales del triángulo de Michaelis

Efectivo para dolor de espada pero no para el dolor abdominal ni perineal.



SIN EVIDENCIA CIENTÍFICA

ACUPUNTURA Y ACUPRESION



TENS



MASAJES



TECNICA POSTURAL



HOMEOPATIA



HERBALISMO



AROMATERAPIA



RELAJACION



MUSICOTERAPIA Y AUDIOANALGESIA



YOGA, MEDITACIÓN, VISUALIZACIÓN, HIPNOSIS



Las parturientas que opten por un trabajo de parto sin apoyo farmacológico, serán apoyadas y estimuladas en su opción idealmente desde la etapa prenatal, recibiendo apoyo y la información necesaria para ella y su acompañante

IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN MATERNAL ANTES DE LA SEMANA VEINTE DE GESTACIÓN. EVALUACIÓN DE UNA SESIÓN GRUPAL EN UN CENTRO DE SALUD RURAL.

MF Rosalva María Ponce (H.G.U Virgen de la Arrixaca) Ana Belén Baño Gómez (C.S.Puerto Real de Murcia) José Luis Díaz Agudo (I.C.A.M)

Introducción:

El concepto de "preparación al parto" se ha ampliado para denominarse "educación maternal". Esto es debido a la creciente demanda de información y conocimientos por parte de las gestantes. Al iniciarse normalmente la educación maternal sobre la semana 26 de gestación, hay temas que no se tratarán en el momento oportuno. De nada sirve hablar de los cambios fisiológicos que producirá la gestación cuando ya se encuentra en la última etapa del embarazo. En nuestra opinión, es necesario hacer una captación temprana para la creación de grupos de educación maternal antes de la semana 20 de gestación. Impartida de forma individual en la consulta, o en grupos, es indiscutible que el profesional sanitario más capacitado para realizarla es la matrona.

Objetivos:

- Determinar el porcentaje de mujeres que acuden a una sesión educativa en la primera mitad del embarazo.
- Conocer el perfil de las mujeres que acuden a dicha sesión frente a las que no lo hacen.
- Determinar las causas que hacen que éstas últimas no acudan a la sesión educativa.

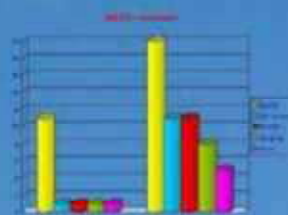


Materiales y método:

- Estudio descriptivo observacional transversal.
- C.S.S. del Área II de la Región de Murcia.
- Sesión educativa impartida en febrero de 2006. Duración de la sesión 120 minutos.
- Criterios de exclusión: gestantes > 20 semanas y aquellas que precisan ingreso.
- Población a estudio: 34 gestantes.
- Recogida de datos: edad, origen, paridad, semanas de gestación, F.U.R., F.O., asistencia a educación del tercer trimestre, motivos de la no asistencia.
- Tratamiento estadístico de los datos.

Resultados:

- Se presentaron 14 mujeres, el 20% de la población total y el 41,7 % de la población susceptible de acudir.
- La edad media de las que acudieron 29,60± 4,78años (rango 19-35 años) y de las que no, se situó en el 27, 47±5,75 años (rango 19-35 años).
- La edad gestacional media de las que se presentaron fue de 12,42± 3,22 (rango 7-18) y las que no, 15,07± 3,64 semanas (rango 11-20).
- Las que recibieron la sesión acudieron en un 92,85% a la educación maternal del tercer trimestre.



Conclusiones:

- El nivel de aceptación de las gestantes ante la actividad propuesta es relativamente bueno.
- Destacar que las que no acudieron son las que presentaban mayor paridad.
- Las que no acudieron por falta de tiempo alegaron estar trabajando o cuidando otros hijos.
- Prácticamente todas las mujeres que se interesaron por la sesión educativa acudieron después a las sesiones de educación maternal del tercer trimestre, dato que revela la importancia de la captación precoz para el fomento de la motivación materna desde el principio de la gestación.



Bibliografía:

- Rosalva Martínez C, García Sandoval M, Pérez Calagán A, Sánchez Jerez L. Cuidado de embarazo normal. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JP. Manual de atención prenatal. Organización y gestión de atención en la consulta. Barcelona: Ediciones Síntesis; 1985. p. 340-352.
- García López J. Cuidado de actrices en el embarazo parto y puerperio. Matronal hoy; 1987 abr-jun; 6: 26-27.
- Gilberte Trillas J. Educación maternal. Agradecido por parte de la mujer embarazada. Enferm Obstet; 1987 nov-dic; 16(3): 360-367.
- Programa de Atención a la Mujer del Servicio Murciano de Salud. Documento para Atención Prenatal; 2000.
- Rodríguez López B, Peinado Urquiza M. Las diferencias individuales ante la preparación para el parto. Enferm ObetG 1994 may-jun; 14(5): 47-56.
- Sanz Otero M, Domercques Otero A. La salud de la mujer en el embarazo: educación prenatal. En: Torralba López R, Martínez Suárez C. Edificando la mujer. Madrid: Editorial Anaya de Enfermería; 2001. p. 100-101.
- García Martínez Ojeda A, Sanz Otero M. Educación maternal y puerperio. En: Torralba López R, Martínez Suárez C. Edificando la mujer. Madrid: Editorial Anaya de Enfermería; 2001. p. 100-101.

Autores: López Garrido, B.
 Godino Murcharaz, R. Fuentes López, N. Monzo
 Fernández, E. Fresheda Marugán, M.E.
 Agradecimientos a Sandra Rojo Sobas

¿Qué sabemos Las Matronas del VPH y su vacuna?

INTRODUCCIÓN:

El VPH constituye el factor principal en la producción del cáncer de cérvix uterino. Existen dos vacunas que generan anticuerpos frente a algunos serotipos del VPH.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo y transversal. Cuestionario de 10 preguntas tipo test con tres posibles respuestas. Muestra aleatoria.

OBJETIVOS

Conocer el grado de conocimientos de las matronas respecto al VPH y su vacuna.

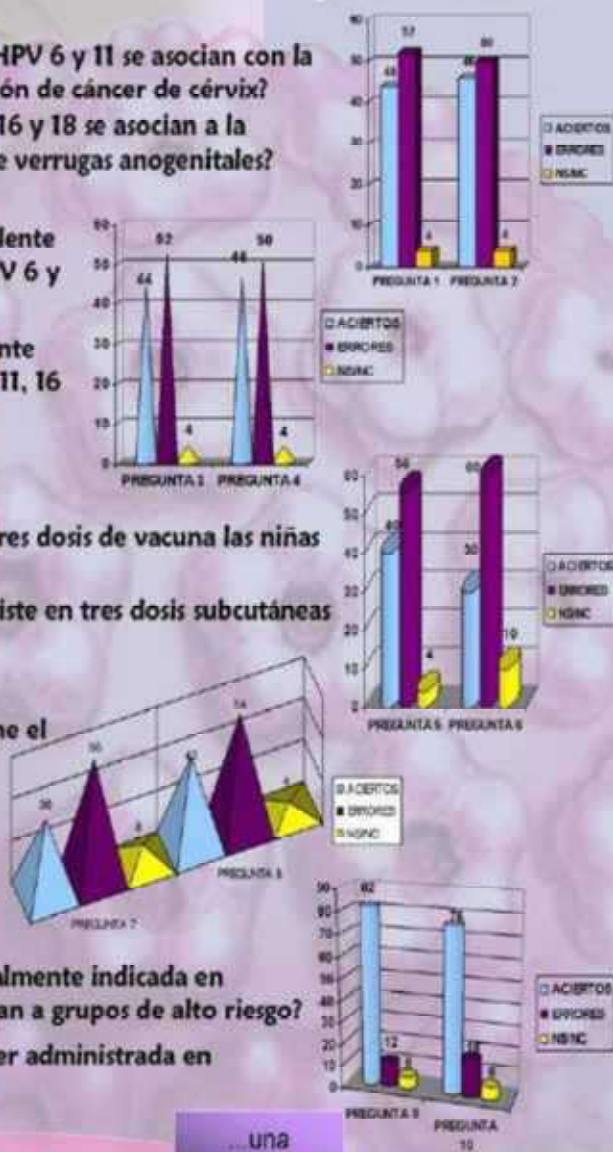
RESULTADOS

50 cuestionarios cumplimentados en los que menos de la mitad de las respuestas son correctas.

CONCLUSIONES

Existe un alto porcentaje de respuestas correctas en las preguntas que hacen referencia al mayoritario ejercicio diario de la matrona (embarazo y lactancia) y un menor porcentaje de aciertos en las preguntas más específicas del ámbito ginecológico.

- ❖ 1. ¿El HPV 6 y 11 se asocian con la producción de cáncer de cérvix?
- ❖ 2. ¿El HPV 16 y 18 se asocian a la producción de verrugas anogenitales?
- ❖ 3. ¿La vacuna divalente protege frente al HPV 6 y 18?
- ❖ 4. ¿La vacuna tetavalente protege frente al HPV 6, 11, 16 y 18?
- ❖ 5. ¿El ACIP recomienda sólo tres dosis de vacuna las niñas entre 11 y 12 años?
- ❖ 6. ¿La vacuna tetavalente consiste en tres dosis subcutáneas de 0,5 ml a los 0, 2 y 6 meses?
- ❖ 7. ¿La vacuna tetavalente previene el 90% de las verrugas genitales?
- ❖ 8. ¿Está recomendado vacunar las mujeres que hayan tenido un contacto previo con HPV?
- ❖ 9. ¿La vacuna del HPV está especialmente indicada en mujeres embarazadas que pertenezcan a grupos de alto riesgo?
- ❖ 10. ¿La vacuna del HPV puede ser administrada en mujeres en periodo de lactancia?



Si yo te contare

¿SERÁ POR EL ESCASO ABORDAJE PROFESIONAL DE LA MATRONA EN EL ÁREA DE LA GINECOLOGÍA?

...una citología...

¿VPH?

AUTOEVALUACIÓN

Falsas	1,2,3,5,6,9.
Verdaderas	4,7,8,10.



DISTOCIA DE HOMBROS



La importancia de conocer los factores de riesgo implicados para anticiparse en esta situación de emergencia

Postigo López, Pilar*, Bru Espl, Carmen María*, Postigo Mota, Francisca**, Soto Herrero, Verónica*, Rubio Cava, Juana*

*Matronas del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia)
** Matrona C.S. AlbaránBlanca

INTRODUCCIÓN:

Una distocia de hombros normalmente es el resultado de una discrepancia entre la talla fetal y el diámetro pélvico.(1)
La distocia de hombros es una situación infrecuente, impredecible y una pesadilla tanto para matronas como ginecólogos (2)
Numero son los factores de riesgo asociados a la distocia de hombros en la literatura.(1-10) este trabajo se centra en la identificación precoz de los factores de riesgo y su objetivo es la formación del personal sanitario para conocer estos factores, anticiparse a la distocia y así disminuir la morbi-mortalidad materno-fetal.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisión bibliográfica de las bases de datos: MEDLINE, CINAHL, EMBASE, British Nursing Index and The COCHRANE, desde el año 1996 al año 2008.
Key words: "shoulder dystocia", "risk factors", "labour complications", "risk-management strategies"

RESULTADOS:



El Royal College of Midwives presentó en el año 2000 una **escala de valoración del riesgo de distocia de hombros**:

	0	1	2
Peso fetal estimado	4,31 Kg	3,50-4,31 Kg	3,50
Peso materno	> 82 Kg	68-82 Kg	68
Peso ganado en el embarazo	> 36 Kg	11-36 Kg	11Kg
Inducción o la cesárea	Si	Soyeada	No
Distocia hombros previa (8)(7)	>42 30	41-42 30	<41 30

PUNTUACIONES:

0-3 : Indica gran riesgo
4-7: Indica riesgo medio
8-10: Indica riesgo mínimo

CONCLUSIONES:

La matrona debe tener herramientas prácticas para identificar precozmente los factores de riesgo y así poder anticiparse en esta situación de emergencia.

Nosotros proponemos la siguiente regla **nemotécnica**: **EDOPE** (adaptación de una inglesa similar (11))

- E** Edad (mayor de 35)
- D** Diabetes
- O** Obesidad y excesiva ganancia ponderal
- P** Previa distocia de hombros, previo feto macrosómico
- E** Embarazo en vías de prolongación

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Hall SP. The nurse's role in the identification of risk and treatment of shoulder dystocia. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1997; 26 (1): 25-32.
- (2) Cherman R. Shoulder dystocia: an evidence-based evaluation of the obstetric nightmare. Clin Obstet Gynecol. 2002; June; 45 (2): 340-62
- (3) Walsh CA, Mahony BT, Foley ME, Daly L, O'Connell C. Recurrence of fetal macrosomia in non-diabetic pregnancies. J Obstet Gynecol. 2007 May;27(4):374-8
- (4) Berad J, Duford P, Vinazer D, Suci D, Vandenberghe S, Morner JC et al: Fetal macrosomia: risk factors and outcome. A study of the outcome concerning 130 cases> 4500 g. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 1996; 77:51-8
- (5) American College of Obstetricians and Gynecologists. Shoulder dystocia. Practice pattern. 1997. No 7. Washington, D.C. Author.
- (6) Wilson HM, Reed SD, Sells M, Szyff M. Risk factors for recurrent shoulder dystocia, Washington state, 1987-2004. Am J Obstet Gynecol. 2008 May;198(5):e16-21. Epub 2008 Feb 14.
- (7) Griesing N, Meibold G. How to predict recurrent shoulder dystocia. Am. J. Obstet. Gynecol. 2000; June; 184 (7): 1427-30
- (8) Quire C. Shoulder dystocia and umbilical cord prolapse. Chapter 9. In: Boyle M. Emergencies around childbirth. A handbook for Midwives. Oxford: Radcliffe Medical Press.
- (9) Newman G, Ole A, Rasmussen K. Pregnancy body mass index in the non-diabetic women with and without shoulder dystocia. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2001; 100:22-4
- (10) Nesbitt T, William G, Beale H. Shoulder dystocia and associated risk factors with macrosomic infants born in California. Am J Obstet Gynecol. 1998; August; 179 (2): 476-80.
- (11) Hall S. The nurse's role in the identification of risk and treatment of shoulder dystocia. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1997; 26 (1):25-32.

SECUELAS EN LA SEXUALIDAD DE MUJERES VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA.

R. Crespo Graciano*, C. Varela Dueñas*, M. Hidalgo Ruiz*, A. Cámara Jurado*, M. J. Fernández Valeta*, M. L. Molina Cenda*
* Matronas, SSPA

INTRODUCCIÓN: El National Center for Child Abuse and Neglect define el abuso sexual en la infancia como "contactos o interacciones entre un niño y un adulto, cuando el primero se utiliza para la estimulación sexual del segundo o de otra persona". También puede consistirse por un menor de 18 años cuando es mayor que el agresor o cuando está en una situación de poder o de control sobre la víctima (alrededor de un 20% de los casos).

Según datos del Ministerio de Asuntos Sociales se estima que en España el 23% de las niñas y el 15% de los niños han sufrido algún tipo de abuso sexual (entre el 4-8% abuso grave con penetración). En cuanto a las denuncias que se plantean se infiere que solo un 10% de los casos son denunciados.

Se calcula que más del 50% de las víctimas de agresiones sexuales en la infancia tendrán alteraciones de la esfera sexual en la edad adulta.

OBJETIVO: Identificar las posibles secuelas en la esfera sexual de mujeres víctimas de abuso sexual en la infancia y los factores de riesgo de padecerlas.

MÉTODO: Estudio descriptivo de búsqueda en fuentes documentales, en la red y en bases bibliográficas de la información disponible sobre sexualidad en víctimas de abuso sexual infantil.

RESULTADOS: Las variables que condicionaran el impacto sufrido por las niñas, la posibilidad de sufrir secuelas a corto, medio y largo plazo tras una experiencia de abuso sexual en la infancia son:

- Tiempo que duró la agresión.
- Ubicación física del abusador.
- Relación con el abusador.
- Tipo de práctica abusiva.
- Carácter de la menor.
- Tiempo transcurrido desde la agresión hasta la intervención psicológica.

Entre las alteraciones sexuales de estas mujeres se encuentran:

- Somatización ginecológica de la agresión sexual:
 - Alteraciones menstruales.
 - Dolor pélvico crónico.
 - Disfunción sexual.
- Fobias y aversiones sexuales.
- Falta de satisfacción sexual.
- Trastornos de la excitación sexual y del orgasmo.
- Creencia de ser valorada solo por el sexo (promiscuidad).
- Mayor probabilidad de ser agredidas sexualmente (2,4%).

CONCLUSIÓN: Dada la alta incidencia de abuso sexual en menores, es nuestra obligación como matronas conocer las secuelas que esta experiencia puede conllevar en la vida sexual y reproductiva de nuestras usuarias adultas para poder prestarles, así, una verdadera asistencia integral.

BIBLIOGRAFÍA

- "Abuso sexual infantil". D. Peaño Figuera, M. R. Ortiz Chico, Boletín de Pediatría de Asturias, Murcia y Baleares en 2003, 63-64.
- "Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud". Organización Mundial de la Salud (OMS).
- "Abuso sexual en mujeres adolescentes". María Cuesta Carretero, Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la OMS para el Género y Salud Pública, 2000.
- "La violencia contra la Población por Abuso Sexual Infantil". Organización Económica y Social de América Latina, OEA (Punto Puntos), 2001.
- "Abuso sexual infantil". Manual de formación para profesionales. Save the Children, junio 2000.
- "Secuelas psicológicas derivadas del abuso sexual en la infancia". B. Echaburu y J. de Castejón. Cuad Med Forense 2003; 17: 143-46.
- "Sexo Infantil y Abuso Sexual Infantil". D. Ortiz Chico, Boletín de Pediatría de Asturias, Murcia y Baleares, 2003, 63-64.
- "Violencia y abusos sexuales contra menores de edad". F. López. Child Abuse Negl 1995; 19: 103-110.
- "Informe Nacional sobre el Abuso Sexual y la Violencia Sexual". ESOCA, Agència, 1999.

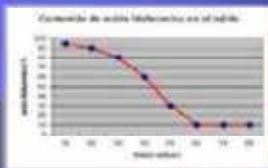


ACIDO HIALURONICO

INFILTRACION LOCAL EN PERINE EN EL MOMENTO DEL EXPULSIVO

El Acido Hialurónico (AH)

Es un producto ampliamente extendido en casi todos los campos de la medicina. Se usa para favorecer la elasticidad de los tejidos y la cicatrización de heridas. Puesto que el momento del parto precisa de una gran elasticidad de las fibras del periné femenino...



- ¿favorece el AH esta distensión?
- ¿qué beneficios aporta a la madre y al niño?
- ¿facilita el momento del expulsivo?
- ¿disminuye el número de episiotomías necesarias?

OBJETIVOS

Justificación

Existen infinidad de artículos publicados en la literatura científica relativos al AH. Es un Producto ampliamente utilizado en diferentes campos de la Medicina.

- Otorrinolaringología
- Artrosis de rodilla,
- Osteoartritis,
- Gonartrosis
- Oncología
- Dermatología
- ...¿y en la Obstetricia?



Objetivo general

Valorar si la infiltración local de Acido Hialurónico (AH) en periné en el momento del expulsivo favorece la elasticidad de las fibras y su distensión.

Objetivos específicos

- Comprobar que la infiltración local de AH favorece la elasticidad de las fibras de la capa músculo-aponeurótica.
- Valorar si el efecto del AH infiltrado de dicha forma influye en el nº de episiotomías practicadas.
- Comprobar que la infiltración local de dicho fármaco disminuye el índice de episiotomías practicadas y desgarros secundarios.

HIPOTESIS

La infiltración local de AH en periné en el momento del expulsivo en parto eutócico, favorece la elasticidad de las fibras y disminuye el índice de episiotomías necesarias en mujeres cuyo parto actual es primero.

La infiltración local de AH en periné en el momento del expulsivo en parto eutócico favorece la elasticidad de las fibras y disminuye el índice de episiotomías necesarias en mujeres cuyo parto actual es el segundo o sucesivo sin episiotomía anterior.

Espacio

Servicio de Partitorios del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) de Zaragoza

Tiempo

Diciembre 2008 a Enero 2010

Población

Mujeres de entre 18 y 40 años, con gestación de bajo riesgo, A término, cuyo parto actual es el primero (o posterior sin episiotomía anterior) y finaliza con parto eutócico



Metodología

- Estudio experimental. Longitudinal, prospectivo, cuantitativo.
- Dos grupos control y dos experimentales:
 - C1 parto actual (1º) a las que no se infiltra
 - C2 con parto eutócico anterior sin episiotomía a las que no se infiltra
 - E1 parto actual (1º) a las que se infiltra
 - E2 con parto eutócico anterior sin episiotomía a las que se infiltra
- Las participantes de los grupos control recibirán el mismo tratamiento, técnicas y cuidados que se llevan administrando en nuestro hospital como norma habitual, sin ser modificados.
- A las participantes de los grupos experimentales se les infiltrará AH inyectable en periné en el último periodo del expulsivo, previa firma de Consentimiento Informado (CI).
- Se hará en partitorio, en posición ginecológica, 5 a 10 minutos previos a la expulsión de la cabeza fetal, con la misma técnica que se infiltra el anestésico local.
- Al final se compararán los resultados obtenidos entre los grupos C1 y E1 y por otro lado, los obtenidos entre los grupos C2 y E2.

Conclusión

AH: catalogado como producto sanitario por la www.agemed.es sin efectos secundarios ni contraindicaciones. La técnica es sencilla y económicamente asequible. Ya que a nuestra profesión le interesa favorecer la flexibilidad de los tejidos de dicha zona, resulta interesante estudiar el efecto que produce el AH. Si este fármaco aumenta tanto la elasticidad de las fibras, ¿Por qué no lo usamos con este fin en el último periodo del expulsivo?

LECHE MATERNA VERDE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Arasa Subero, M. Mercé(1); Pérez Sala, Olga(1); Hombiola Guillén, Araceli(1); Cardona Espuny, M. Carmen(1); Ileviera Bruil, Montserrat (1);
(1) Matrons ASSIR Terres de l'Ebre.

INTRODUCCIÓN:

La Organización Mundial de la Salud, entre una de sus recomendaciones, sugiere que la lactancia materna debería prolongarse hasta los 2 años de edad.

Con el retorno a la vida laboral cada vez hay más mujeres que se extraen su leche y sin poder evitarlo analizan los diferentes tonos de blanco.

Recientemente nos hemos encontrado con un caso en que la leche materna tenía una coloración verdosa como puré de guisantes.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 25 años. Antecedentes personales y familiares sin interés. Hábitos higiénico-dietéticos: dieta con predominio de fruta y verdura, escaso aporte de carne y pescado. Ducha diaria y ejercicio moderado. No hábitos tóxicos.

Antecedentes obstétricos: (2-0-1-2)

1º embarazo: aborto espontáneo en el primer trimestre.

2º embarazo sin complicaciones, salvo gingivitis. Parto distócico (fórceps), a las 37 semanas, dando a luz un varón de 3.450 g., lactancia exitosa durante 14 meses.

3º embarazo sin complicaciones, parto eutócico a las 40 semanas dando a luz una mujer de 3.250, lactancia materna hasta los 3 a. de vida.

A los 14 meses post parto, coincidiendo con el ingreso hospitalario del marido por meningitis pneumococcica, se observa durante la extracción de la leche materna una coloración verdosa.

A ambos hijos se les hizo un exudado naso-faríngeo, donde se aisló flora saprófita de la propia región. Se analizó la leche y el resultado fue negativo para estafilococo coagulasa. En aquel momento no pareció oportuno hacer un análisis de clorofila ya que no se habían modificado los hábitos dietéticos.

A las 2 semanas la coloración se resolvió espontáneamente, no suspendiendo en ningún momento la lactancia materna. La tolerancia del lactante fue satisfactoria sin manifestarse efectos secundarios.

CONCLUSIONES:

Revisada la escasa bibliografía se han identificado claramente varios productos asociados con el cambio de coloración de la leche, así como de otros fluidos corporales. Conocido es el Gatorade ® y algas marinas sobre todo en tabletas y vitaminas naturales.

En el caso presentado no hallamos ninguna coincidencia con la bibliografía que pudiera justificar un cambio de coloración en la leche, concluyendo pues que la causa es desconocida.

Como matrons debemos estar alerta en la aparición de casos similares que nos permitan identificar nuevas causas, y así poder ayudar a una lactancia duradera y exitosa, sin la supresión de la misma.

XIII CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS, ALICANTE 2008



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

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



Departament de Salut
Departament de Salut



EVOLUCIÓN EN EL HOSPITAL DE LAREDO



Ana Abel Guevara Jiménez, Jesús Sánchez Martínez, M^o Teresa Álvarez Launaga, Matronas del Hospital de Laredo.

INTRODUCCIÓN: El Hospital de Laredo ofrece asistencia sanitaria especializada dentro del Área de Salud II de Cantabria, con una población estimada para el año 2008 de 67542. Nuestra actividad asistencial diaria dirigida al embarazo, parto y puerperio no es ajena a la actualización continua de conocimiento y el desarrollo permanente de habilidades y actividades orientadas a satisfacer las necesidades y las expectativas de una población más conocedora y exigente. Nos planteamos por tanto revisar nuestra historia reciente y conocer el punto en el que nos encontramos. Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo de la evolución en el Área de partos sobre: n^o de partos, motivos de inducción, episiotomias en partos eutócicos, terminación de los partos, tipos de analgesia y nacionalidad.

OBJETIVOS: -Valorar la evolución de los principales indicadores en la atención al parto en los últimos cuatro años.
-Conocer y presentar nuestra actividad actual en la atención al parto, punto de partida a nuestros objetivos.

MÉTODO: Se recogen los datos de la base de datos informáticos y de los libros de registro de partos. Corresponden al periodo entre 2004 y 2007, obteniendo una muestra de 2024 partos. Si recogemos la evolución del n^o de partos desde que se creó el Hospital en el año 1962 hasta el 2007.

RESULTADOS:

MOTIVOS DE INDUCCIÓN



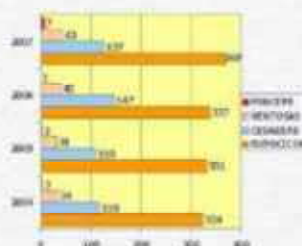
MOTIVOS DE CESÁREA



TIPOS DE ANALGESIA



TIPOS DE PARTO



NACIONALIDAD



EPISIOTOMÍAS



TIPOS DE PARTO



EVOLUCIÓN EN N^o DE PARTOS



CONCLUSIONES: En el manejo del dolor durante el parto podemos objetivar la consecución de un objetivo reciente: analgesia epidural en el 100% de las mujeres que así lo demandaran; con un resultado aun creciente de los partos bajo analgesia epidural. El uso de la episiotomía es selectiva, observando un descenso progresivo en el porcentaje de esta práctica. El vacuum es la primera elección en el parto asistido durante todo el periodo a estudio, así como en la actualidad. Las espátulas están en desuso. Recordamos que la tasa general de cesáreas que recomienda la OMS como indicador de calidad es de un 15%, nos encontramos ante un 25%. Se observa un aumento de la nacionalidad extranjera en este último año pasando de un 10% a un 14%. Desde hace años este Hospital viene trabajando en pro de la lactancia materna y en base al programa de la I-HAN. En el año 2007 fue reconocido con el galardón Hospital Amigo de los Niños. El contacto precoz madre-recién nacido desde el minuto cero y el apoyo a la lactancia materna, forman parte de nuestra metodología actual de trabajo.

Análisis de la frecuencia de episiotomías en los partos eutócicos durante un año

Morillas Guijarro, D¹.; Oliva Pérez, J².; Almarcha Martínez, F².; Ortuño Rosique, T².

¹Matrona Hospital Virgen de la Arzoba, Murcia. ²Matrona Hospital Vega Baja, Orihuela

Antecedentes:

La episiotomía o perineotomía es la ampliación quirúrgica de la porción final del canal blando del parto, para ensanchar el tercio inferior de vagina, anillo vulvar y periné con la finalidad de acortar el periodo expulsivo y evitar desgarros complicados. Así como para impedir una distensión mantenida de los músculos del periné, que provocaría desgarros subyacentes y con el tiempo, prolapso genital e incontinencia urinaria.

No obstante, estos beneficios de la episiotomía son cada día más cuestionados, porque en la actualidad se impone el criterio de que una episiotomía de rutina no es necesaria y que esta debe hacerse de forma selectiva.

Objetivos:

- Conocer el porcentaje de episiotomías en el total de partos eutócicos.
- Analizar la diferencia en la tasa de episiotomías en partos eutócicos de nulíparas y multiparas.
- Comparar la frecuencia de episiotomías en los partos eutócicos con la bibliografía publicada.

Material y método:

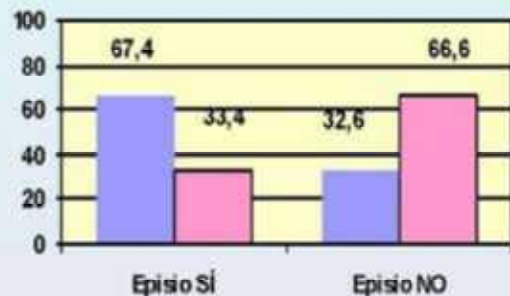
Se realizó un estudio observacional retrospectivo a partir de los datos extraídos del registro hospitalario de los partos realizados desde el 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2007. El tratamiento estadístico se llevó a cabo mediante SPSS versión 15.0.

Resultados

Se han analizado un total de 1631 nacimientos.

Los partos eutócicos fueron 1185 (72,85% del total), con un total de 569 episiotomías (48%).

De 509 partos eutócicos en nulíparas, a 343 se les realizó episiotomía (67,4%), mientras que en 676 partos en multiparas, se realizaron 226 episiotomías (33,4%) (RR= 2,03 OR=4,11 (IC 95%).



■ Nulíparas ■ Multiparas

Conclusiones:

En el 48% de los partos eutócicos se realizó episiotomía.

Las primíparas tienen 2,03 veces más riesgo de episiotomía que las multiparas. (RR=2,03). En cambio, según la OR en las primíparas es 4,11 veces más frecuente la episiotomía que en las multiparas. (OR=4,11).

Comparando estos datos con la bibliografía consultada, se observa que estamos muy lejos del 20% de episiotomías recomendado por la OMS. Sin embargo, nuestro porcentaje de episiotomías en primíparas es inferior al recomendado por la SEGO (70%) y al de la media española (69%).

Basándonos en estos resultados, queda plantearse qué medidas adoptar para alcanzar las cifras recomendadas por la OMS.

Bibliografía.

- Aldrete P. Episiotomy rates in preterm women in Latin America: hospital based descriptive study. *BMJ* 2002;324:945-946.
- Broomal A. The operation of episiotomy as a prevention of Perineal ruptures during labor. *Am J Obstet Gyn Women Children* 1978; vol 11:517-525: 605-607.
- Goan A, David M. Resecciones de las lesiones del parto. En: *My Chaire de Péritologie opératoire*. Ed Med. Buenos Aires: Panamericana; 1998; vol 52:757-777.
- Moore L, K, Daley A F. Anatomía con Orientación Clínica. 3.ª. Ed. Editorial Médica Panamericana; 2002: 402-403.
- Cunningham FG, MacDonald P, Gant N, Leveno K, Gilman PL, Hanks G, Clark G. Tratado de parto y parto normales. Madrid: Panamericana; 1998: 301-310.

MATRONA ¿COMO SOBREVIVIR A TU TRABAJO?

Patricia Requena Alsedra (1)

Beatriz Mosquera Carmona (1)

(1) Matronas Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia 2



OBJETIVOS

- Conocer el nivel de información de la MATRONA acerca de los posibles riesgos laborales que pueden afectar en el desarrollo de su trabajo.
- Analizar los factores de riesgo que más frecuentemente influyen en el desarrollo de una actividad laboral compatible.
- Establecer las medidas necesarias para eliminar o minimizar los riesgos existentes.
- Mejorar el papel de la matrona en salud laboral.

MATERIAL Y MÉTODOS

Cuestionario que consta de 6 preguntas (abiertas y cerradas), dirigidas a las matronas.

Ámbito de estudio: Hospital Virgen de la Arrixaca de la Región de Murcia, ÁREA I

Edad:

¿Conoce sus derechos en salud laboral?

SI NO

¿Ha tenido que cesar su trabajo debido a problemas u obstáculos por alguna enfermedad derivada de su puesto?

SI NO

En caso afirmativo, explique brevemente por qué.

¿Quién cree que podría asesorarle sobre sus derechos en materia de salud laboral?

Personal de la Arrixaca.

Supervisora

Sindicato de trabajadores.

Otros _____

(Puede marcar más de uno)

¿Sabe si podría solicitar un cambio de puesto de trabajo dentro de su empresa en caso de necesitarlo?

SI NO

¿Cree que debería haber más divulgación informativa sobre las obligaciones/derechos en materia de salud laboral?

SI NO HAY SUFICIENTE

¿Se siente lo suficientemente protegida o amparada por la legislación en materia de salud laboral?

SI NO

RESULTADOS

- 66,7% de las matronas entrevistadas dicen no conocer sus derechos en salud laboral.
- Solo un 9,52% dicen haber cesado de su trabajo por una enfermedad derivada de él.
- 43,59% consideran como principal fuente de información a los sindicatos.
- 66,67% dicen que podría solicitar cambio de puesto en caso de necesitarlo.
- 100% considera necesaria más divulgación informativa sobre salud laboral.
- 66,67% consideran que la legislación existente en materia de salud laboral es suficiente.

CONCLUSIONES:

En vista de los resultados, creemos que es de vital importancia la formación de Matronas en materia de salud laboral tal como contempla la LPRL en su artículo 19: información confidencial específicamente en su puesto de trabajo y además asesorada por matronas dentro de su jornada laboral.

La Duración de las charlas vendrá determinada por las deficiencias encontradas y la demanda existente entre los profesionales.

Los puntos a tratar en las charlas son:

- Riesgos
- Consecuencias.
- Medidas Preventivas.
- Normativa relacionada: Ley 31/85- Ley 36/96- Real decreto 1251/2001- Ley 3/2007, etc...

En el cuadro de la derecha se hace una aproximación de lo que se incluirá en esas charlas.

RIESGOS	CONSECUENCIAS	ACTUACIONES Y MEDIDAS PREVENTIVAS
Problemas ortopédicos Húmedo extrínsecas	Fatiga mental y física Dificultad para realizar vida profesional y privada. Barras profesionales	- Vigilar y controlar el tiempo, volumen y ritmo de trabajo. - Adaptar condiciones y horarios a la vida personal. - Evaluación y modificación de la organización y seguridad en el trabajo.
Ergonomía durante el proceso de parto, cirugía, técnica asistida, lactar, etc.	Contacto de enfermedades de zoonosis.	- Planos de protección individual. - guantes y mascarilla. - guantes. - batas impermeables. - calzado impermeable.
Atención al público	Posible exposición a situaciones de violencia pasiva, agresión, etc.	- Realizar vías de comunicación con usuarios y familiares.
Movimientos y posturas forzadas	- De pie o sentada durante largos períodos de tiempo. - Problemas: musculares, vertigos, tensiones, dolores de espalda, etc. - Espacios reducidos. - Tener que estirarse, estornudar, etc.	- Adaptación del puesto de trabajo a los procedimientos realizados. - Pausas de trabajo y lugares de descanso.
Ritmo excesivo de trabajo	- Problemas cardiovasculares. - Lumbalgias.	- Evitar manipulación de cargas. - Adaptación de los procedimientos de trabajo.
Desplazamiento	- Camarero excesivo. - Barras. - Posible estrés. - Manejo físico. - Posibles accidentes.	- Modificación de los horarios para facilitar desplazamientos seguros y no estresantes. - A petición de la atendida, posibilidad de trabajo temporal a su puesto de trabajo cuando el momento.

NORMATIVA/BIBLIOGRAFIA:

- Directiva Comunitaria 92/91
- Directiva comunitaria 90/95
- Ley 31/ 1995, de 8 de noviembre de 1995 de Prevención de Riesgos Laborales
- Real Decreto 394/1997, de 17 de Enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención
- Reales Decretos: 487/97, 486/97, 1309/97, 1627/97, 162/96
- Ley 39/99, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral y de las personas trabajadoras
- Real decreto 1251/2001, de 16 de noviembre, por el que se regulan las prestaciones económicas del Sistema de la Seguridad social por maternidad y riesgo en el embarazo.
- Ley 3/2007 Para la igualdad efectiva de mujeres y hombres



Síntomas

- Ansiedad y nerviosismo
- Penas o sentimientos de pérdida
- Impaciencia
- Brotos de llanto o lágrima fácil
- Cambios de humor
- Dificultad en concentrarse
- Problemas para dormir o cansancio excesivo
- Descuido personal y apatía sexual

Causas

- Falta de apoyos
- Bebé prematuro o enfermo
- Alteración hormonal tras el parto
- Problemas con lactancia
- Baja autoestima
- Estrés por el cuidado del bebé
- Falta de sueño
- Ser primeriza
- Aumento niveles séricos de cobre

Maternity Blues: ¿normalidad o patología?

Solicitar ayuda

No Solicitar ayuda

TU MATRONA

Diagnóstico precoz:

- Identificar grupos de alto riesgo: anamnesis y Escala de Edimburgo
- Orientar acerca de primeros síntomas
- Facilitar comunicación con personal sanitario
- Documentar alteraciones emocionales tras el parto después de las 2 primeras semanas
- Analizar cambios de humor en 1^a revisión puerperal

Apoyo psicoprofiláctico o educación maternal:

- Adquirir conocimientos sobre lactancia y puericultura
- Practicar hábitos saludables
- Aceptar los cambios producidos
- Delegar responsabilidades
- Reforzar autoestima
- Solicitar ayuda. Grupo de apoyo
- Aprender técnicas de relajación
- Intentar adaptarse a la nueva situación

No dar importancia a los síntomas conlleva:

- Intensificación de los síntomas
- Prolongación en el tiempo



DEPRESIÓN POSTPARTO

EL MASAJE PERINEAL EN LA PREVENCIÓN DEL TRAUMA INTRAPARTO

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

INTRODUCCIÓN

El trauma perineal tras un parto vaginal se asocia a morbilidad a corto y largo plazo. Algunas matronas realizan estiramiento y masaje perineal durante el expulsivo en un intento de relajar el periné y prevenir desgarros y episiotomías, aunque esta técnica conocida como "chocolateo" cuenta con división de opiniones entre la profesión. (1) Algunas matronas alegan que el aumento de circulación ayuda al estiramiento, mientras que otras creen que aumenta el edema y las laceraciones.

OBJETIVOS

Dar a conocer los efectos del masaje perineal durante el expulsivo sobre la incidencia del trauma del periné en el parto y sus complicaciones posteriores.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se efectuó una revisión bibliográfica en las bases de datos Medline y Cochrane con los términos perineal, massage y masaje, sin límite de fechas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El trauma perineal afecta al bienestar físico y psicológico de la mujer en el puerperio y a largo plazo. Entre sus efectos se incluye: **dolor perineal, dispareunia e incontinencia urinaria y fecal**. La probabilidad de trauma perineal posterior, necesidad de sutura y complicaciones en la cicatrización es menor con el uso restrictivo de la episiotomía, aunque se asocia a un aumento del trauma perineal anterior. (2)

FACTORES DE RIESGO:

paridad, tamaño y peso fetal, anomalías de la presentación del feto, etnia, edad, características de los tejidos y estado nutricional.

El único estudio existente acerca del resultado del masaje perineal en el segundo estadio del parto, donde la mitad de las participantes recibió masaje con un movimiento de barrido y estiramiento suave del periné, con dos dedos en el interior de la vagina y un lubricante acuoso en cada contracción, obtuvo como resultado una tasa de perinés intactos, desgarros de 1º y 2º grado y episiotomía similar en el grupo de control e intervención, así como de dolor, dispareunia e incontinencia.

No obstante la incidencia de desgarros de 3º grado disminuyó en el grupo que recibió el masaje (1,6% frente a 3,3%), aunque sería necesario un estudio más amplio para confirmarlo. (3)

CONCLUSIONES

A pesar de no conseguir un aumento de la integridad perineal, no resulta perjudicial por lo que se recomienda seguir con la práctica habitual del profesional, deteniéndose si causa molestias a la parturienta.

El resultado poco común de un desgarro de 3º grado, la morbilidad derivada y el posible efecto protector del masaje perineal justifican la realización de un estudio con una muestra mayor para determinar su efecto protector.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1.- Beckmann, MM; Garrett, AJ. Masaje perineal antes del parto para la reducción del trauma perineal. Biblioteca Cochrane Plus, 2006. Número 2.
- 2.- Johanson, R. Perineal massage for prevention of perineal trauma in childbirth. Lancet, 2000 Jan 22, 355(9200):250-1.
- 3.- Stamp, G, Kuzine, S, Crowther, C. Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomised controlled trial. BMJ; 26 May 2001, 322:1277-1280.

VALORES PROMEDIO DE TENSION ARTERIAL EN LAS EMBARAZADAS ATENDIDAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Autores: Sara Vicente, Celia Manzanares, Marian Alonso, Francisco Morales, Antonia Arenas.
 Centro de trabajo: Hospital universitario Virgen de la Victoria. Málaga.
 Trabajo suvencionado por la Consejeria de Salud de la Junta de Andalucia.

INTRODUCCION

Los episodios de hipotensión arterial son relativamente frecuentes en las embarazadas, y pueden tener relevancia clínica en determinados momentos del proceso del parto, como en el caso de la analgesia epidural. Se ha diseñado un proyecto de investigación, actualmente en curso, que pretende averiguar la posición idónea para minimizar este efecto adverso. Se presentan los resultados basales de tensión arterial determinados para el establecimiento de los valores normales en la población a nuestro cuidado



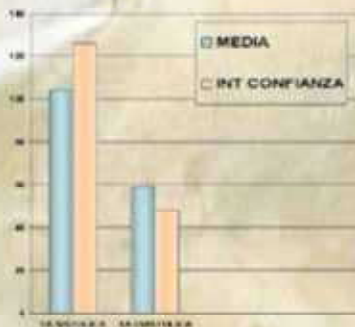
Cardiotocógrafo Philips XM 30

METODOLOGIA

Estudio descriptivo transversal. Se estudian los valores de TA Materna mediante toma doble de la constante vital en una muestra aleatoria de embarazadas que acuden al servicio de Urgencias toco ginecológicas de nuestro centro al iniciarse su proceso de parto. Se calculan medias, desviaciones estándar e intervalos de confianza. La toma de la TA se realiza con un cardiotocógrafo Philips XM 30.

RESULTADOS

En nuestro centro se atienden 1700 partos/ año. Se elige muestra significativa, incluyéndose en el estudio 244 pacientes, cuya TA promedio fue de 104/59 mm/Hg (DE: 10.6/7.9) y un intervalo de confianza de 1,33-0.99. El limite superior de este grupo fue establecido en 127/70 mm/Hg y el inferior 101/56 mm/Hg. Se detectan 3 casos de hipotensión que, según los resultados basales, suponen un porcentaje del 1.2 %. Sólo 2 pacientes tuvieron una TA diastólica superior a 95 mm/Hg (0.8%).



■ HIPO TA
 □ NORMO TA
 ■ HIPER TA

DISCUSION Y CONCLUSIONES

A pesar de que en los resultados que se suministran tan solo aparecen como hipotensión un 1.2% de casos, es interesante resaltar que la media de las TA obtenidas es una cifra de por sí baja, según los estándares habituales en la toma de constantes, que se sitúa en una medición de 120/80. No obstante, es necesario señalar que las circunstancias fisiológicas de la mujer embarazada se apartan de dichos estándares. En el desarrollo de nuestro proyecto era indispensable conocer la situación real de la población a nuestro cuidado, aspecto que consideramos aclarado a la luz de los resultados obtenidos.

EL PAPEL DE LA COMADRONA EN EL REFLEJO DE EYECCIÓN MATERNO FETAL (REM-F): COMO NO INTERFERIR EN LA FISIOLÓGIA DEL PARTO

Autores*: Sánchez Terrer, M.E.; Cañavate Payá, F.; Rosique Gómez, E.; Galera Pérez, J.M.; Andreu Mula, A.

*Eir 2ª Matrona Unidad Docente Murcia

Introducción y Objetivos:

La fisiología del parto de los mamíferos produce la liberación de una cadena de neurotransmisores y hormonas, que pueden hacer del mismo una travesía fluida (oxitocina, endorfinas, prolactina) o, por el contrario, llena de obstáculos (catecolaminas, cortisol). El médico francés Michel Odent acuña el concepto de "reflejo de eyección fetal", al que las comadronas agregan materno (reflejo de eyección materno-fetal), para poner en evidencia que la eyección del feto depende de la participación del cuerpo-mente de la madre que, en las condiciones adecuadas, permite la liberación de esa cadena hormonal de energía espontánea lo que produce la liberación segura, sana y fácil de su bebé. Nuestro objetivo es descubrir el papel de las comadronas en el reflejo de eyección materno-fetal.

Material y Método:

Se realizó una lectura exhaustiva de la bibliografía del Dr. Michel Odent en búsqueda de la definición del papel de la comadrona en el reflejo de eyección fetal, así como de artículos encontrados en diversas web de habla castellana relacionadas con el parto natural/ parto fisiológico. Se llevó a cabo, también, una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de CUIDEN, COCHRANE, BDIE y MEDLINE, utilizando como palabras clave en castellano: reflejo de eyección fetal, reflejo de eyección materno fetal, comadrona, matrona y parto fisiológico, y en inglés: foetal ejection reflex, midwife, physiological delivery, así como combinaciones de las mismas. Los criterios de inclusión han sido artículos con posibilidad de consultar resumen, sin otros campos restrictivos debido a la dificultad para encontrar resultados relacionados con nuestro tema de investigación, seleccionando finalmente un total de 18 artículos relacionados con algún aspecto del papel de la comadrona en el reflejo de eyección fetal y el parto fisiológico.

Resultados:

En la bibliografía consultada se afirma que el parto es un proceso fisiológico involuntario fácil, dominado por el cerebro primitivo (Sistema Límbico: equilibrio hormonal, liberación de oxitocina, prolactina, endorfinas y adrenalina) y entorpecido por la activación del Neocórtex (cerebro racional), donde el dolor cumple una función beneficiosa tanto para la madre como para el bebé. Para que se produzca el reflejo de eyección materno fetal, la comadrona en su profundo conocimiento de la fisiología del parto, deberá detectar los factores de activación cortical y eliminarlos, contribuyendo a que el parto sea vivido como una experiencia gratificante dentro de la esfera sexual de la mujer y no perturbándolo.

No sentirse observada:

MEF intermitente, esosos tactos vaginales, no cámaras, no miradas fijas...

Intimidad (nº de asistentes reducido y continuado)

Sentirse segura: acompañamiento continuo por una persona familiar serena

Ambiente hogareño y cómodo
Espacio reducido y siempre el mismo

Libertad de movimiento y expresión

Luz tenue y/o oscuridad

Acceso a comida y bebidas ligeras

Fuente de calor

Uso del tacto y lenguaje sencillo

Mitigar miedos y acompañar en la soledad

Agua y técnicas no invasivas para aliviar el dolor

Voz suave

Ante "parto detenido"/"disdinamia uterina"/"distocia y/o trabajo miométrico ineficiente":

- Identificar fuente de miedo y/o perturbación y eliminarla.
- Adoptar medidas básicas de control del pánico.
- Revisar el ambiente y susurrar evitando la conversación.
- Dar tiempo a que la adrenalina disminuya y reaparezcan la oxitocina y las endorfinas (dejar transcurrir por lo menos 1 h).

CONCLUSIONES

En aquellos países donde el cuidado materno-infantil tiene un enfoque humanizado (Holanda, Nueva Zelanda, Dinamarca, Países Escandinavos), las comadronas que son profesionales autónomos y cuya formación y campo de actuación está centrado en el proceso fisiológico del parto, las tasas de intervención y de perturbación del proceso natural del parto son muy bajas, y la satisfacción materna muy alta.

Dado que existe un reconocimiento internacional de las comadronas como especialistas en el parto fisiológico, deberíamos recuperar nuestro papel y así devolverle la esperanza a las mujeres de que su viaje hacia la transmisión de la vida será una experiencia bonita y digna de recordar.

VIOLENCIA DOMÈSTICA EN EL EMBARAZO

Las parejas abusivas no dejan de serlo después de nacer el bebé

Abrasión puñetazos insultos fracturas amenazas
cicatrices bofetadas cortes aislamiento violación miedo
heridas empujones hematomas quemaduras chantaje asesinato

Reacciona

Más del 30% de los casos empieza en el embarazo

Involúcrate Para la violencia doméstica, está más cerca de lo que piensas!

¿QUÉ ES LA VIOLENCIA DOMÉSTICA?

La violencia doméstica es un patrón de comportamiento caracterizado por el control y el mal uso de poder de una persona sobre otra en el contexto de una relación. Puede incluir abuso físico, emocional, mental, financiero, sexual o aislamiento social. Es inaceptable en cualquier cultura o comunidad y tiende a aparecer o empeorar durante el embarazo.

INDICADORES DE VIOLENCIA DE GÉNERO

- Relación abusiva, humillaciones, intimidación, frialdad afectiva
- Celos extremos, reproches, insultos, enojos incontrolables
- Control del dinero
- Aislamiento de amigas y familiares
- Amenazas de abandono, a los hijos, chantaje emocional
- Tardío o pobre contacto con servicios de maternidad. Falta de control prenatal
- Baja asistencia a controles maternos, repetidos ingresos en Urgencias, repetidas admisiones inexplicables a servicios sanitarios
- Historia clínica, número de visitas
- Antecedentes de traumatismos, quemaduras, mutilación, pérdida de peso, lesiones en cabeza, cuello, tórax y abdomen. Retraso entre la lesión y admisión.
- Antecedentes de repetidos abortos espontáneos
- Constante presencia de la pareja en las visitas quien responde y habla en lugar de la mujer o se niega a abandonar la habitación. Tiene actitud hostil y agresiva.
- Drogadicción, alcoholismo
- Discrepancia de actitud pasiva en la mujer, evasión, evasión, escaso contacto visual

SÍNTOMAS FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS EN LA MUJER

- Sangrado vaginal
- Amenaza de aborto, aborto espontáneo, aborto provocado
- Traumatismo abdominal
- Ruptura temprana de las membranas
- Parto prematuro
- Insuficiente aumento de peso
- Aislamiento, depresión, baja autoestima, estrés, adicción al tabaco, alcohol y drogas
- Infección vaginal, verrugas, sterina, renal
- Complicaciones del parto. Separación de la placenta
- Suicidio, homicidio, asesinato

EFECTOS FÍSICOS EN EL BEBÉ

- Bajo peso al nacer
- Muerto fetal
- Fracturas, hematomas, magulladuras fetales

¿CÓMO PUEDES AYUDAR?

- Escucha sin juzgar. Asegura la confidencialidad y seguridad
- Ayúdala a reconocer que el abuso no es solo físico, puede ser emocional, verbal, sexual
- Ayúdala a crear un plan de seguridad. Ir a un lugar seguro, refugio de emergencia, llevarse a los niños consigo, llamar a la policía, llevarse dinero, documentos.
- No usar drogas o alcohol para estar alerta en casos de crisis.
- Solicitar una orden de protección legal. Alojamiento. Fuentes de información, apoyo y asesoramiento legal, psicológico.
- Conocer factores que impiden el abandono de la relación: miedo, temas por los hijos o familiares, facturas económicas, sentimientos de unión al abusador, cultura, religión, presión familiar

BARRERAS A LA DETECCIÓN

- Tolerancia de la sociedad. Desensibilización. Falta de conocimiento
- Desigualdad de género
- Valoración subjetiva. Idealización del concepto familiar
- Limitación del tiempo de consulta
- Temor ante factores institucionales o implicaciones legales
- Falta de reconocimiento del abuso por la mujer
- Miedo a represalias, intervención policial o custodia de los hijos

ESTADÍSTICAS

En Inglaterra se estima que:

- 1 de cada 4 mujeres sufrirá violencia doméstica en su vida
- 1 de cada 10 mujeres cada año
- Durante 2003-2005, 70 de las mujeres fallecidas tenían características de violencia doméstica
- 2 mujeres son asesinadas por su pareja en Inglaterra cada semana
- Más del 30% de los casos empiezan durante el embarazo
- En el 50% de los casos de violencia doméstica hay niños en la misma habitación o en la misma casa.

“ La matrona tiene un rol fundamental en la detección de violencia doméstica así como en la facilitación de acceso a fuentes o servicios de apoyo y protección de la mujer ”

"LA MATRONA Y LA IMPORTANCIA DEL PLAN DE CUIDADOS. SU APLICACIÓN EN EL PUERPERIO INMEDIATO."

Blas del Jado, M^a Tabetas Estela Barrios, M^a Constanza Gomez Ariza, Mariana Rodriguez Villa, Isabella Florencia Berenguer, Mada *

* Arbolante de matrona en la unidad docente de Murcia

INTRODUCCION

El proceso asistencial de enfermería, aunque demostrada su importancia en la aplicación de tipos cuidados de calidad, no está amplemente instaurado todavía en nuestra práctica diaria^{1,2}. Para el logro de una "matronería basada en la evidencia"³ creemos que es imprescindible la utilización de una metodología sistemática y ampliamente aceptada que facilite la valoración individualizada y garantice una continuidad de cuidados y coordinación del equipo asistencial, e incluso entre los diferentes niveles de atención (especializada y primaria)^{4,5}. Debemos intentar salvar los principales problemas que conlleva como son el lenguaje dificultoso, elevado tiempo que requiere en su aplicación y la falta de conocimientos por parte de los profesionales⁶.

La elección del puerperio como muestra de aplicación de un plan de cuidados estandarizado no es casual, sino que quizás es el ejemplo más claro de interrelación de los diferentes servicios en el cuidado de una mujer y el recién nacido, además de ser el periodo en el que podemos encontrar mayor número de complicaciones físicas y psíquicas^{7,8}.

OBJETIVOS

- Los objetivos que nos proponemos son:
 - Resaltar la importancia de la aplicación del proceso asistencial de enfermería (PAE) como matronales.
 - Realizar un plan de cuidados estandarizado para una unidad de atención especializada en el puerperio inmediato.

METODOLOGIA

Se realiza una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Cuiden, Doyma, medline, utilizando como palabras clave: plan de cuidados, proceso de atención enfermera, diagnósticos enfermeros y puerperio. La elaboración del plan de cuidados estandarizado se formuló atendiendo a la taxonomía NANDA, NIC y NOC.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Elaboración de un plan de cuidados estandarizado en el puerperio inmediato orientado a satisfacer las necesidades y detectar precozmente posibles complicaciones en la mujer, recién nacido y familia.

PLAN DE CUIDADOS^{11,12}

Objetivo	Diagnóstico	Intervenciones	Indicadores
1.1. Mantener la integridad de la piel.	0001.01.01. Lesión de la piel relacionada con la presión.	0001.01.01.01. Cambiar la posición de la paciente cada 2 horas.	0001.01.01.01.01. No presentar lesiones de la piel.
1.2. Mantener la integridad de la piel.	0001.01.02. Lesión de la piel relacionada con la fricción.	0001.01.02.01. Utilizar ropa suave y adecuada.	0001.01.02.01.01. No presentar lesiones de la piel.
1.3. Mantener la integridad de la piel.	0001.01.03. Lesión de la piel relacionada con la humedad.	0001.01.03.01. Utilizar paños suaves y adecuados.	0001.01.03.01.01. No presentar lesiones de la piel.
1.4. Mantener la integridad de la piel.	0001.01.04. Lesión de la piel relacionada con la temperatura.	0001.01.04.01. Mantener la temperatura ambiente adecuada.	0001.01.04.01.01. No presentar lesiones de la piel.
1.5. Mantener la integridad de la piel.	0001.01.05. Lesión de la piel relacionada con la exposición a la luz solar.	0001.01.05.01. Utilizar ropa que proteja de la luz solar.	0001.01.05.01.01. No presentar lesiones de la piel.
1.6. Mantener la integridad de la piel.	0001.01.06. Lesión de la piel relacionada con la exposición a la radiación.	0001.01.06.01. Utilizar ropa que proteja de la radiación.	0001.01.06.01.01. No presentar lesiones de la piel.
1.7. Mantener la integridad de la piel.	0001.01.07. Lesión de la piel relacionada con la exposición a la contaminación.	0001.01.07.01. Utilizar ropa que proteja de la contaminación.	0001.01.07.01.01. No presentar lesiones de la piel.
1.8. Mantener la integridad de la piel.	0001.01.08. Lesión de la piel relacionada con la exposición a la humedad ambiental.	0001.01.08.01. Utilizar ropa que proteja de la humedad ambiental.	0001.01.08.01.01. No presentar lesiones de la piel.
1.9. Mantener la integridad de la piel.	0001.01.09. Lesión de la piel relacionada con la exposición a la contaminación ambiental.	0001.01.09.01. Utilizar ropa que proteja de la contaminación ambiental.	0001.01.09.01.01. No presentar lesiones de la piel.
1.10. Mantener la integridad de la piel.	0001.01.10. Lesión de la piel relacionada con la exposición a la contaminación ambiental.	0001.01.10.01. Utilizar ropa que proteja de la contaminación ambiental.	0001.01.10.01.01. No presentar lesiones de la piel.

Blas del Jado, M^a Tabetas Estela Barrios, M^a Constanza Gomez Ariza, Mariana Rodriguez Villa, Isabella Florencia Berenguer, Mada * Arbolante de matrona en la unidad docente de Murcia. *Revista Colombiana de Enfermería* 2013; 27(1): 58-62. <http://dx.doi.org/10.15446/rce.2013.27.1.1111>

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANALGESIA EPIDURAL. ¿DE UTILIDAD O MERO TRÁMITE LEGAL?

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

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

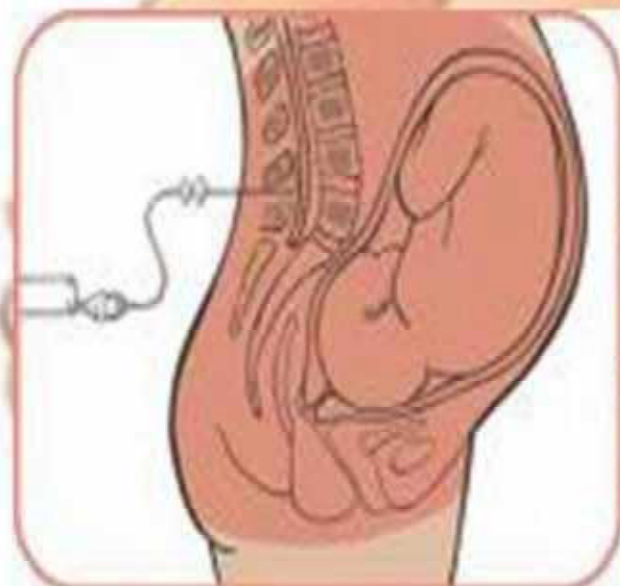


Sitio de la inyección



Inyección anestésica

adam.com



INTRODUCCIÓN

En el desarrollo de nuestro trabajo hemos observado en las gestantes con analgesia epidural un déficit de conocimientos en cuanto al contenido del consentimiento informado, principalmente en dos cuestiones:

- efectos secundarios
- alternativas a la analgesia epidural.

OBJETIVOS

Conocer la opinión de las usuarias respecto al documento de consentimiento informado de la analgesia epidural.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo que utiliza metodología cualitativa, mediante la entrevista a treinta gestantes, en grupos focales de tres, elegidas aleatoriamente.

Criterios de inclusión: gestantes que hayan pasado por la consulta de anestesia.

RESULTADOS

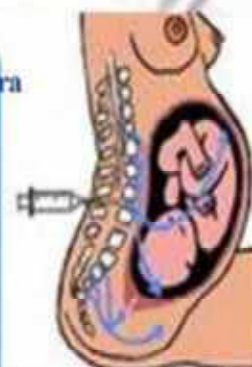
- El total de las gestantes opina que el consentimiento para la epidural es un mero trámite legal.
- El hecho de que lo hayan firmado no es concluyente, ya que muchas dicen no haberlo leído por miedo y otra gran parte sólo lo ha leído por encima.
- Al leerlo en casa, no pueden preguntar dudas.
- La mayoría piensa que se debería dar información verbal a la vez de la información escrita.

CONCLUSIONES

- Para la mayoría de gestantes el consentimiento para la epidural es un mero trámite legal.
- Necesidad de que la información escrita sea acompañada de información verbal.



© 2004, 2006



INTERVENCIÓN DE LA MATRONA EN LA PSICOSIS PUERPERAL

Sonia Romero Rodríguez, Alicia Menéndez Luxua, Flora Sánchez López, Mariana Ferrandini Price, Anapora Pulido Arcas
Residentes 1º Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Unidad Docente Universidad de Murcia



INTRODUCCIÓN

El embarazo es un estado fisiológico donde la inestabilidad emocional es un hecho. El uso indiscriminado del término depresión postparto puede enmascarar una patología cuyas características definitivas comprometen el normal desarrollo de los lazos materno-filiales. Las cifras de riesgo para desarrollar un trastorno psiquiátrico durante el embarazo son de 7,1 por 100 000 anualmente, frente a los 40,3 por 100 000 en el periodo postparto, siendo incluso más elevada que las de la población en general (35,1 por 100 000).

La incidencia de la psicosis ligada al puerperio es de 1-2 casos cada 500-1000 partos.

OBJETIVOS

- Favorecer la prevención y la detección temprana de la psicosis puerperal mediante la intervención de la matrona.
- Resaltar la importancia de la valoración psiquiátrica de la mujer gestante y/o puerpera.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de las bases de datos *Cuiden* y *Lilacs* y revisión de revistas, textos y comunicaciones en lengua castellana que no figuran en los sistemas habituales de búsqueda informatizada.

RESULTADOS

VALORACIÓN

- CUANDO:**
- Control y seguimiento de la embarazada.
 - Asistencia al parto.
 - Asistencia al puerperio inmediato y complicaciones puerperales.
 - Visita puerperal en APS (7-10 días).
- A QUIEN:**
- Mujer durante embarazo parto y puerperio.
 - Redes familiares y sociales.
 - Profesionales sanitarios implicados.

SIGNOS DE ALARMA

- Clinica**
- Rápidos cambios del nivel de conciencia.
 - Trastornos psicomatrices y alteraciones de la comunicación verbal.
 - Distorsiones de la afectividad.
 - Ilusiones y alucinaciones auditivas y visuales.
 - Delirios característicos relacionados con la embarazada, el parto, la lactancia o el niño.
 - Gran inestabilidad y cambio del comportamiento a lo largo del tiempo.

PREVENCIÓN

(Factores de Riesgo)

- Factores psicosociales:
 - Solteras y primíparas.
 - Primogénito varón.
 - Toxicomanías.
- Factores biológicos:
 - Antecedentes personales y familiares de patología psiquiátrica: trastornos afectivos (bipolar), esquizofrenia, no adherencia terapéutica.
 - Hormonales: descenso de estrógenos y progestágenos.
 - Anemia.
 - Embarazo múltiple.
 - Embarazo gemelar.
 - Embarazo intracanal.
- Factores psicosomatrices: malas experiencias infantiles relacionadas con la propia madre.

INTERVENCIÓN DE LA MATRONA

- Identificación de situaciones de riesgo.
- Educación maternal: fomentar la toma de conciencia realista de lo que supone el desempeño de un nuevo rol.
- Prevención de complicaciones obstétricas.
- Análisis exhaustivo del estado emocional durante la visita puerperal.
- Promover la visita puerperal en el domicilio.
- Derivación precoz para asistencia especializada.
- Seguimiento multidisciplinar.

CONCLUSIÓN

(Implicación para la práctica)

La matrona como profesional estrechamente vinculado a toda la etapa reproductiva de la mujer es el elemento clave para la prevención y la detección precoz de las alteraciones psiquiátricas del embarazo y el puerperio permitiendo de esta forma la ayuda profesional adecuada de inmediato.

Patología de cordón umbilical: vasa previa. A propósito de un caso.

Vinas Álvarez, M^a Dolores; Gonzalez Peteiro, Mercedes ; Sánchez Andrade, Marina; Duenas Carazo, M^a Begoña ;Pérez Muñuzuri, María Elena.
Hospital Clínico Universitario Santiago de Compostela.

Introducción: la vasa previa es una anomalía poco frecuente en que los vasos del cordón umbilical tienen una inserción anómala velamentosa y cruzan por delante de la presentación fetal, por lo que se produce una hemorragia indolora, generalmente tras la rotura de membranas artificial o espontánea, que supone una hemorragia fetal directa y gravísima. Se puede sospechar al ver vasos sobre las membranas por amnioscopia o al tactar un latido sincrónico con el fetal en la superficie ovular. La mortalidad fetal se aproxima al 100% con una mortalidad materna nula.

Caso clínico: mujer de 34 años, G1P0A0. Acude al servicio de urgencias con hemorragia de tercer trimestre, a las 28 semanas de gestación. Previamente asintomática. Diagnosticada en la ecografía de segundo trimestre de placenta bilobulada con un componente anterior y otro posterior, el cual termina adelgazándose cerca del OCI. El cordón se inserta marginalmente en el borde derecho del lóbulo anterior, visualizándose vasos con trayecto por las membranas (inserción velamentosa) en sentido descendente que atraviesan el orificio cervical interno alcanzando el lóbulo posterior. Se reservan 2 unidades de concentrado de hemáties. Pauta de maduración pulmonar fetal. Cesárea urgente a las 30 semanas. RN varón en presentación podálica de 1400 gr con Apgar: 9 10 10. Vasa previa y placenta bilobulada.

Bibliografía

1. Wesley Lee MD, Virginia L. Lee MD. Vasa Previa: Prenatal diagnosis, natural evolution and clinical outcome. *Obstet Gynecol* 2000;95:572-6.
2. Junichi Hasegawa, Ryo Matsuda. Velamentous cord insertion: significance of prenatal detection to predict perinatal complications. *Tanzanese J Obstet Gynecol* 2006;45(1):21-28.
3. Heinenen S, Ryyanen M. Prenatal diagnostic evaluation of velamentous umbilical cord insertion: clinical, doppler and ultrasonic findings. *Obstet Gynecol* 1996 Jan;87(1):112-7.
4. Baschat AA, Gembruch U. ante and intrapartum diagnosis of vasa previa in singleton pregnancies by colour coded doppler sonography. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1998 Jul;79(1):19-25.



Eco nº 1: distancia de vasa previa a OCI.



Eco nº 2: doppler. Vasa previa



Eco nº 3: longitud cervical



La maternidad-parentalidad a partir de la 2ª mitad del siglo XX

Peña Benito¹ L, Torres España² M, Viudes Coloma³ M, Sukkarieh Noria⁴ S**, Sedano Rodríguez de la Flor⁵ P*. (*EER, **MATERNA)

ANTECEDENTES: A principios del s.XX a las mujeres les estaba reservada la educación para la vida privada, eran consideradas como sacerdotisas del hogar, sólo con dos únicas alternativas para su realización personal: ser madre y esposa. Los hombres subrayan la debilidad física de las mujeres y argumentando cierta predestinación biológica que convierte a la maternidad en una obligación. Valorándose la sensibilidad en detrimento de la inteligencia.

OBJETIVOS:

- Observar la evolución que ha experimentado el rol materno en este período de tiempo.
- Conocer los factores que han influido en dicha evolución.
- Describir el cambio del rol paterno derivado de la evolución del rol materno.

MÉTODO:

Se ha realizado una búsqueda sistemática en bases de datos de Ciencias de la Salud, revistas electrónicas de Ciencias Sociales, en el INE y en las bases de datos del Ministerio de Sanidad y Consumo.

RESULTADOS

En la Segunda Guerra Mundial se produjo un fenómeno de entrada masiva de las mujeres en el mundo laboral. Haciéndose necesario desarrollar centros de cuidados para niños. En la posguerra, se dio un movimiento de regreso de estas mujeres al hogar con la siguiente consolidación de la familia nuclear. Los movimientos demográficos hacen nacer las políticas natalistas que definen a la maternidad como deber patriótico y lanzan medidas para impulsar a las mujeres a parir, al mismo tiempo que algunas medidas represivas condenan la anticoncepción y el aborto.



A mediados de los años ochenta, cambia la ambivalencia de las feministas respecto a la maternidad por un nuevo placer por testimoniar y representar la experiencia maternal. A partir de los años noventa, el número de divorcios y separaciones matrimoniales comienza a aumentar. Se antepone como requisitos para tener descendencia, la finalización de los estudios, el bienestar, la estabilidad de la pareja, la estabilidad económica, geográfica...

La anticoncepción, aborto e infertilidad, la incorporación de la mujer al trabajo, la escasa protección social a la maternidad y las redes de apoyo deficitarias son factores que influyen en el descenso actual de nacimientos. Tras el parto, la difícil tarea de vigilar el desarrollo físico y psicológico de los hijos resulta difícil de compatibilizar con la vida laboral y otros múltiples papeles. En este contexto, es frecuente la aparición de problemas físicos y emocionales en las madres.

La maternidad cambia entonces de significado, las mujeres tienen la responsabilidad sobre la estabilidad de sus hijos, su desarrollo y su calidad humana. El éxito de estas políticas se confirma con el *baby-boom*. En los años sesenta, se produce un giro cuando los primeros planteamientos feministas disocian a la MUJER de la MADRE, permitiendo a cada una afirmarse como sujetos autónomos.



CONCLUSIONES:

La provisión de fuentes de apoyo, la información, la educación y la adquisición de habilidades maternas, así como la programación de consultas de salud mental, se apuntan como posibles estrategias de prevención y afrontamiento de los problemas emocionales en el posparto. La maternidad es una competencia de la sociedad en conjunto y no sólo de la mujer. Tanto el padre como la madre ocupan posiciones equivalentes y desarrollan similares prácticas, el término "maternidad" se transforma en "parentalidad", ya que ambos se encuentran involucrados en una nueva y común responsabilidad, sin que estén claros todavía los efectos de esta realidad producida por las mutaciones de las prácticas cotidianas de crianza de los hijos en constelaciones afectivas diversas y en nuevos contextos culturales.

1. Peña Benito L. "Maternidad versus sexualidad". Rev. Española de Psicología "La Psicología", feb 2004.

2. Benito L, España M. La cultura de la feminidad y el déficit de voluntad en España. 2003.

3. Viudes M. La historia de las mujeres y la historia de género. Análisis de la teoría transaccional. Historia Social 2002, 9: 52-77.

4. Sukkarieh N. Historia de la mujer y género. Evolución reciente y perspectivas de la feminidad en España. Revista Española de Psicología, vol. 4, año 13, de Mar 2002.

5. Sedano Rodríguez de la Flor P. Género y maternidad: un análisis de las prácticas cotidianas de las mujeres. 2004.

6. Sedano Rodríguez de la Flor P. Las mujeres y el trabajo. Un dilema que resaca la maternidad. 2007.

7. Lamas M. Los límites de la vida privada. La ciudad y el barrio. 2003.

8. Sedano Rodríguez de la Flor P, España M, Rodríguez de la Flor P. El rol de la maternidad en España: dificultades sociales y políticas. Escuela Andaluza de Salud Pública. Red de Investigación de Salud y Género.

9. Sedano Rodríguez de la Flor P. Análisis de las prácticas cotidianas de las mujeres. 2004.

10. Sedano Rodríguez de la Flor P. Análisis de las prácticas cotidianas de las mujeres. 2004.



Matronas: para un futuro sin tabaco

Autores: Cardona Espuny, M. Carmen(1); Montaña Guillén, Azacel(1); Pérez Sola, Olga(1); Arasa Sabero, M. Neira(1); Mulet Espuny, Rosa(1);
(1) Matrona ASIR Terres de l'Ebre.

INTRODUCCIÓN

Nos encontramos en un momento de promulgación de medidas legislativas dirigidas a evitar la exposición involuntaria al humo ambiental del tabaco en diferentes ámbitos de la vida diaria.

Las matronas ocupamos una posición privilegiada para aconsejar y motivar-animar a los jóvenes y a las mujeres embarazadas para que abandonen el hábito tabáquico o que ya no lo comiencen.

Nosotras como profesionales sanitarios, para poder intervenir de forma efectiva, queremos conocer el estado actual de la habituación al tabaco en jóvenes y mujeres en edad fértil.

OBJETIVO

Conocer el hábito tabáquico de jóvenes y mujeres en edad fértil en tiempo de ocio y vacaciones.

METODOLOGÍA

Estudio transversal de 2.253 personas (711 hombres y 1.540 mujeres), y 3 casos desestimados por datos incompletos; recogidas en 31 poblaciones de la costa mediterránea española, en el periodo estival.

La muestra se consigue mediante convocatoria mediática y radiodifusión. Durante una campaña de sensibilización de hábitos saludables a la población.

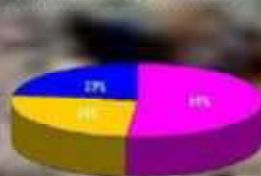
El instrumento de registro: entrevista personal, donde se recogen las variables: edad, sexo, tensión arterial, pulso, espirometría i hábito tabáquico.

RESULTADOS

De la muestra total un 24'72% son mujeres en edad fértil (entre 15 - 49 años) y un 5'1% son jóvenes de 15 a 24 años.

En cuanto a los jóvenes (27% hombres y 73% mujeres).

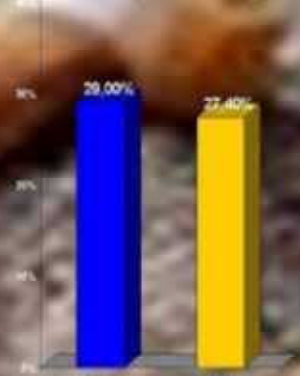
Hábito tabáquico en mujeres en edad fértil



Hábito tabáquico en jóvenes



Hábito tabáquico en jóvenes según sexo



CONCLUSIONES

Hoy en día es bien conocido los efectos nocivos del tabaco, bien por el consumo de forma directa como de forma indirecta por la exposición pasiva.

Sabemos que un 26% de las mujeres en edad fértil son fumadoras y un 28% de jóvenes son fumadores en momentos de ocio.

Esto justifica que como matronas promouvamos intervenciones para ayudar a conseguir el abandono del consumo de tabaco y la protección frente al efecto pasivo en estos grupos poblacionales.

XIII CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS. ALICANTE 2008



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

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



Consell de Catalunya
Departament de Salut

POSICIONES DURANTE EL PERIODO EXPULSIVO

Autora: ROSALEA P, MS; ROSALEA P, A; ANDRÉS MORENO, J; UICOL P, L.
HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANTABRIGA



PELOTA

RESULTADOS
Mejoran la eficacia de las contracciones
Alivian el dolor de la zona lumbar
Mejora el bienestar fetal

OBJETIVO:
Presentación de alternativas a la postura clásica durante el periodo expulsivo



BIPEDESTACION

RESULTADOS
Mayor confort y control de la paciente
Satisfacción expresada por las pacientes que han adoptado estas posturas en su parto



DECUBITO LATERAL

CONCLUSIONES:
Es posible y viable, ofertar a nuestras pacientes una alternativa que mejore la percepción y vivencia de su parto, sin renunciar a las nuevas tecnologías.



CUADRUPEDIA



SENTADA

LA MATRONA COMO AGENTE EDUCADOR EN SEXUALIDAD PARA LA ADOLESCENCIA

Autores: Alicia López Areola, Adhela Beldi Mar, Ángela Gómara Martínez, Isabel María Ruiz, Patricia Domínguez Rodríguez. Asesorado: Comité de la Unidad Docente de Murcia. Hospital General de Murcia. 2010-2011.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un continuo de la existencia del individuo, en donde se realiza la transición entre la niñez y la vida adulta. La sexualidad se encuentra presente durante toda la existencia humana, pero en la adolescencia se vive y manifiesta de manera abierta y consciente en etapas de la vida. Actualmente en España, la mayoría de los grupos escolares a tener relaciones sexuales antes de cumplir los 20 y lo están haciendo, entre los 16-18. Es por ello que la educación sexual y afectiva debe ser considerada en la formación de todos los centros de enseñanza de ESO. Los materiales como agentes educativos en materia de sexualidad tienen la tarea de proporcionar una imagen en la realidad de vida y de hábitos saludables de los adolescentes junto con un aumento de conocimientos en materia de sexualidad.

OBJETIVOS

1. Aumentar los conocimientos sobre sexualidad en los adolescentes, promoviendo hábitos sexuales saludables.
2. Aumentar la calidad de vida en la adolescencia.
3. Reducir el número de embarazos no deseados y la incidencia de ETS en los adolescentes.
4. Otorgar una herramienta de trabajo a otros profesionales para llevar a cabo actividades de educación sexual en la adolescencia.

Objetivo a largo plazo: Adolescentes entre 13-16 años. Murcia, participan en el programa sobre los adolescentes (13-16) de la Unidad Docente de Murcia.
Perfil de los alumnos: Se crean grupos en el instituto a principios de 2008.
Intervención: sesiones de ETS, salud, familia, conducta educativa, embarazo, hábitos saludables, etc. La matrona es la coordinadora del subprograma. Los sesiones grupales son impartidas principalmente por ella y en algunos el resto de equipo.

METODOLOGÍA

El subprograma se basa principalmente en los sesiones grupales de atención al adolescente. El programa consta de 2 sesiones que se realizan una vez por semana. Se programa en la agenda de la matrona durante su jornada laboral, se realizan dos talleres conceptuales con sesiones de una hora de duración. Los grupos están aproximadamente de 20-25 adolescentes. La metodología utilizada fundamentalmente está basada en una sesión teórica en la que se expone el tema a tratar y un taller en el que se trabaja el tema basado.

- Recursos humanos:**
- Matrona del centro de salud
 - Docentes de educación
 - Enfermeras del centro
 - Trabajadores social
- Recursos materiales:**
- Paredes,
 - Folios,
 - Folletos,
 - Carteles,
 - Carteles, láminas y folios,
- Instrumentos:**
- Ordenador,
 - Celular,
 - Mesa y sillas

Identificadores: Edita de una revista del instituto.
Financiado: Por parte de la Gerencia de Atención Primaria del SAS.

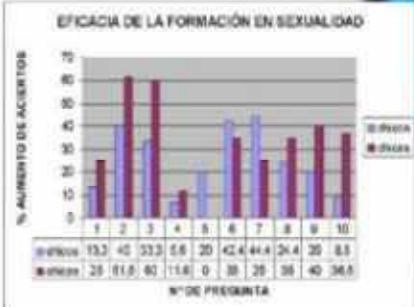
INDICADORES

- Indicadores:**
1. Aumento de conocimientos sobre sexualidad.
 2. Aumento de hábitos sexuales saludables.
 3. Reducción de embarazos no deseados.
 4. Reducción de la incidencia de ETS.
 5. Aumento de la calidad de vida en la adolescencia.
 6. Aumento de la satisfacción sexual.
 7. Aumento de la autoestima.
 8. Aumento de la autoconfianza.
 9. Aumento de la autoconciencia.
 10. Aumento de la autoestima.
 11. Aumento de la autoconciencia.
 12. Aumento de la autoestima.

VALORES

Respeto a la diversidad de opiniones y creencias.
 Valoración de la vida y la salud sexual y reproductiva.

EVALUACIÓN
 El método de evaluación elegido ha sido un cuestionario, formado por diez preguntas relacionadas que abarcan todos los aspectos que se tratan en los dos talleres. Los cuestionarios se pasan a los asistentes antes de empezar la sesión y tras terminada para comprobar la eficacia de la intervención educativa. También se supervisa la realización correcta de los talleres en el uso del presentador y demás métodos didácticos.



CONCLUSIONES
 La puesta en marcha de estas sesiones sobre sexualidad en la adolescencia y el bienestar a cabo en estos grupos de la población ha demostrado un aumento significativo en el nivel de conocimientos de los adolescentes en materia de sexualidad, conductas de riesgo y hábitos saludables. La matrona como profesional responsable de la salud de la mujer en todas las etapas de su vida ha de obtener una visión integral y tener una base muy importante en el asesoramiento y la educación para la salud en los adolescentes y la necesidad dentro este grupo de la población agentes importantes en materia de salud.

IMPLANTACIÓN DE RECOGIDA DE SANGRE DE CORDÓN EN EL HOSPITAL SAN CECILIO DE GRANADA



Antecedentes y objetivos: Aunque la donación de sangre de cordón umbilical (D.S.C.U.) se venía realizando de forma ocasional, fue a partir de Junio de 2007 cuando se implantó de forma protocolizada en el Hospital Universitario San Cecilio (HUSC). Pretendemos dar a conocer como se ha instaurado dicho proceso para hacerlo asequible a todas las matronas del área de partos de nuestro hospital.

Resultados: Se toma la decisión por parte de las coordinadoras de la donación de sangre de cordón umbilical, junto con los residentes de matrona en rotación de paritorio, de que tras realizar una formación individual sobre todos los aspectos relativos a la donación, transmitan los aspectos técnicos y prácticos de la donación, el resto de las matronas, así mismo promocionaran e informaran a las parturientas sobre esta posibilidad, para ello se realizan los siguientes pasos:

1. Sesión informativa para todo el personal de partos, por parte de uno EIR de 2º año sobre los aspectos legales de la donación, técnicas de recogida y almacenamiento.
2. Formación práctica en pequeños grupos de todo el personal.
3. Oferta, información y entrega de documentación del procedimiento a todas las mujeres que ingresan en paritorio.
4. Realización del procedimiento.
5. Implementación por parte de la Dirección y la Coordinación de Transplantes de nuestro hospital de un servicio diario de traslado de las unidades de sangre al Banco de Sangre de Cordón Umbilical de Málaga.



Conclusiones: Tras la formación del personal e información a las mujeres se ha logrado que se realice este procedimiento de forma rutinaria.

Actualmente todas las matronas del Área de partos del HUSC conocen y realizan sin problemas la DSCU.

Agradecim

- Hidalgo Ruiz Manuel, Granada. E.I.R. Unidad Docente Granada
- Varela Dueñas Celia, Granada. E.I.R. Unidad Docente Granada
- Cámara Jurado Ana M^a, Granada. E.I.R. Unidad Docente Granada
- Molina Conde M^a Lúcia, Granada. E.I.R. Unidad Docente Granada
- Barrios Margarita, Granada. Matrona Hospital "San Cecilio"

PREVENCIÓN Y CONDUCTA A SEGUIR EN LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN EMBARAZO EN EL ÁMBITO DE PRIMARIA EN LA CONSULTA DE LA MATRONA

SÁNCHEZ CASADO, María Teresa ¹; CABRERO LAS HERAS, María Pilar ²; VÁZQUEZ FUERTES, Gemma ³; COLELL PALLARÉS, Lourdes ⁴; MARTÍNEZ MONDÉJAR, Raquel ¹ y 2 PASSIR BADALONA - SANT ADRIÀ DE BESÒS, 3. PASSIR BARCELONA DRETA DE L'EIXAMPLE, 4. HOSPITAL FUNDACIÓ DE L'ESPERIT SANT (SANTA COLOMA DE GRAMENET); 5. MATRONA RESIDENTE. UNIDAD DOCENTE DE MATRONAS DE CATALUÑA

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la matrona de primaria realiza más del 70% del control de la gestación normal. A menudo, nos encontramos con la demanda de información, por parte de las pacientes, sobre ciertas enfermedades infecciosas y su repercusión en el embarazo. Además, hay que tener en cuenta que el incremento de gestantes de otros países, es otro elemento que nos ha de alertar ante la posibilidad de que estas pacientes desarrollen otro tipo de infecciones menos conocidas para nosotros.

OBJETIVO

Confeccionar una herramienta que facilite la consulta rápida sobre enfermedades infecciosas, su prevención y la conducta a seguir durante la gestación.

MATERIAL Y METODO

Revisión bibliográfica sobre enfermedades infecciosas y tropicales durante el embarazo y prevención de estas. Guía analítica clínica.

NOMBRE	AGENTE	TRANSMISION	EMBARAZO Y R. NACIDO	DIAGNOSTICO	PREVENCIÓN	ACTUACIÓN
MALARIA (PALUDISMO)	Protozoo <i>Plasmodium</i>	Mosquito Anopheles Hembra	Anemia severa P. Prematuro	Plasmodium en sangre. Gota gorda	Mosquitera y repelentes Diag. Anemia	Derivación hospital
FILARIASIS	<i>Wuchereria bancrofti</i> y <i>Brugia malayi</i>	Mosca o mosquito Jején	Según grado afect. materna.	Microfilariasis En sangre y piel	Repelentes de mosquitos	Derivación hospitalaria
ENFERMEDAD DE CHAGAS	<i>Trypanosoma Cruzi</i>	Insecto Triatoma infestans, transfusión y transplacentaria	Solo riesgo en Infec. Aguda + p. premat. y mortinatos	Serología en gestantes. RN visualizar parásito en sangre	Mosquiteras y repelentes	Madres +, analíticas a los 6 y 12m L. Materna ¿? Control hosp.
DENGUE	Virus DEN Familia Flavivirus	Ins. Stegomya Aegypti (Ovoposición H2O)	Hem. vaginal y dinam. uterina. Se desconoce malformación.	Igm en embarazadas	No utilizar agua estancada. Mosquiteras y repelentes.	No hay tto Control hosp. e hidratación severa.
LEISHMANIOSIS	Flebotomo	Picadura Mosquito Jejen	Transmisión sang. infección al feto.	Biopsia cutánea Alter analítica Clínica	Uso de repelentes y mosquiteras. Ropa adecuada.	El Tto es el Antimonio no uso en embar. Hospital
LEPRA (E. HANSEN)	Bacilo <i>Micobacterium Leprae</i>	Contacto íntimo con respuestas inmunológicas bajas.	Emb. ectópicos, muerte fetal, prematuridad y anemia	Según clínica. Baciloscopia y biopsia de piel.	No contacto íntimo El bebé no requiere separación madre	Derivación hosp. Referencia
ESQUISTOSOMIASIS	<i>Esquistosoma (Cercaria)</i>	Gusano o Vermex en aguas contaminadas	Anemia aguda perd cap cognitiva. Afec. órganos.	Anemia Analítica Anticuerpos	Evitar aguas contaminadas o que se desconozcan	Hosp. para trat. con: Prazicuantel
TUBERCULOSIS	Bacilo Koch	Aérea, vertical, heridas de piel y mucosas.	Parto pretérmino. RN bajo peso y muerte perinatal.	Clínica y prueba Tuberculina	Evitar contacto con infectados y dar tratamiento en embarazadas.	Derivación Hosp. de referencia

CONCLUSIÓN El hecho de tener esta herramienta de consulta nos facilitará dar una información más precisa a las pacientes que lo necesitan y mejorar la prevención de estas enfermedades. También así tendremos la posibilidad de tener un diagnóstico y actuación más rápida en el caso de que la paciente esté infectada, y mejorar en la medida de lo posible, los resultados perinatales.

PROPUESTAS DE ACTUACIÓN ANTE UNA SITUACIÓN DE MALOS TRATOS EN LA CONSULTA DE LA MATRONA

INTRODUCCIÓN

La violencia de género es un tema que está cobrando una gran importancia en nuestra sociedad por la gran repercusión social que está causando. En el año 2007 murieron a manos de sus maridos 72 mujeres de edades comprendidas entre los 14 y los 64 años y, en lo que llevamos de año, ya van 18 víctimas mortales, siendo en la mayoría de los casos el cónyuge el autor de los hechos. Es por este motivo, que la matrona, que es el profesional dedicado al cuidado de la mujer en todas las etapas de su vida, debe adoptar un papel fundamental en la detección de los malos tratos.

OBJETIVOS

- Detectar las situaciones de mayor vulnerabilidad y dependencia de la mujer
- Intervenir informando a la mujer en estos casos
- Derivar al trabajador social o a los servicios de apoyo para mujeres maltratadas.

SITUACIONES DE MAYOR VULNERABILIDAD DE LA MUJER

Situaciones de cambio vital:

- Embarazo y puerperio

Situaciones que aumentan la dependencia:

- Inmigración
- Dependencia física o Económica
- Dificultades laborales y desempleo

LA MATRONA SOSPECHA



ENTREVISTA ESPECÍFICA

Descartar malos tratos

Confirmar malos tratos

INDICADORES DE SOSPECHA MALOS TRATOS

- Lesiones frecuentes
- Incongruencia entre el tipo de lesión y la explicación de la causa
- Hematomas o contusiones en zonas sospechosas: cara/cabeza, cara interna de los brazos o muslos, genitales o mamas en el embarazo
- Lesiones por defensa (cara interna del antebrazo)
- Abuso de alcohol u otras drogas
- Dispareunia, dolor pélvico, infecciones ginecológicas de repetición, anorgasmia, dismenorrea
- Historia de abortos repetidos
- Hijos con bajo peso al nacer
- Retraso en la solicitud de atención prenatal

ACTITUD DE LA MUJER

- Temerosa, evasiva, incómoda, nerviosa, irritabilidad
- Rasgos depresivos: triste, desilusionada, sin esperanza
- Autoestima baja
- Estado de ansiedad o angustia,
- Sentimientos de vergüenza,
- Falta de cuidado personal
- Justifica sus lesiones o quita importancia a las mismas
- Si está presente su pareja:
 - Temerosa en las respuestas
 - Busca constantemente su aprobación

ACTITUD DE LA PAREJA

- Solicita estar presente en toda la visita
- Muy controlador, siempre contesta él o, por el contrario, despreocupado, despectivo,
- Excesivamente preocupado por ella
- A veces hostil con ella o con el profesional

ACTUACIÓN DE LA MATRONA

1. VALORACIÓN:

- Lesiones y síntomas físicos, situación familiar, económica, laboral y emocional.
- Red de apoyo social de la mujer
- Tipo de violencia, desde cuándo la sufre, frecuencia e intensidad de la misma.

2. ACTUACIÓN:

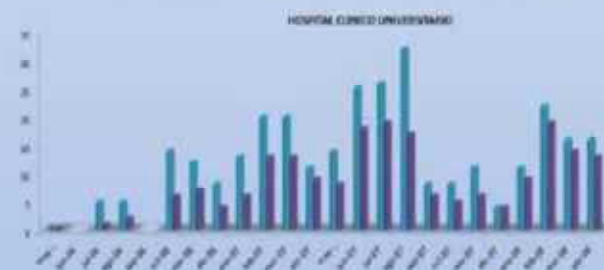
- Registrar en la historia clínica
- Informar a la mujer de la situación en que se encuentra.
- Atención a los problemas físicos/psíquicos/sociales encontrados
- Plantear la elaboración de una estrategia de seguridad ante una posible situación extrema.
- Acompañar a la mujer en el afrontamiento de su situación
- Prevenir nuevas situaciones de violencia
- Informar al médico y emitir el parte de lesiones.
- Poner la situación en conocimiento de las autoridades policiales.
- 3. Derivar (si se estima necesario y previo consentimiento de la mujer)
 - Al trabajador social
 - Recursos socio-sanitarios jurídicos y policiales que existen no sólo a nivel nacional, sino también autonómico, provincial y municipal (016, 112, Guardia civil 062, teléfonos del Instituto de la mujer...)
 - Casas de acogida

CONCLUSIONES: La confirmación de una sospecha de malos tratos a una mujer no pone fin a la actuación de la matrona sino que a partir de ese momento se debe desarrollar una importante labor de información a la mujer sobre su situación y de los recursos de lo que dispone, de atención en la consulta y de derivación a los servicios de apoyo de la comunidad.

AUTORES: García Hernández, M^a Celeste, Torrano Cano, Natalia, López Acosta, Antonia, Giménez Martínez, Ángela, Belda Más, Adolina.



Trazabilidad de la Donación de Sangre de Cordón Umbilical. Papel de la Matrona.



WORTHING MATRONA

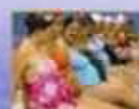
POCENTULO DE NUESTRAS ACOPIODAS





REPERCUSIÓN DEL EJERCICIO FÍSICO EN EL EMBARAZO, PARTO Y POSTPARTO

Palabras clave: Andar, nadar, persona activa, sedentaria, complicaciones en el embarazo, parto y recuperación postparto.



JUSTIFICACIÓN

En la actualidad podemos encontrar una falta de consenso entre las recomendaciones del ejercicio físico durante el embarazo.

Durante la búsqueda bibliográfica, nos hemos encontrado con pocos estudios sobre si el ejercicio físico evita complicaciones en el embarazo, favorece un mejor proceso del parto y una mejor recuperación en el postparto.

En toda la búsqueda bibliográfica aparece con gran insistencia la necesidad de andar.

METODOLOGÍA

Es un estudio longitudinal, experimental, descriptivo, prospectivo y con un enfoque cuantitativo.

La duración es de 14 meses y la población diana es toda mujer que acuda al centro de salud durante los 4 primeros meses del estudio y que se encuentren entre la semana 8ª y 14ª de gestación.

En los siguientes meses se realizan 3 visitas más durante el embarazo, después se recogerá unos datos sobre el parto y 2 visitas más en el postparto.

La información se recogerá mediante la entrevista, la observación y la recogida de datos objetivos para posteriormente ser analizados.

OBJETIVOS GENERAL

Valorar si el caminar o la natación es beneficioso en la mujer embarazada, en el trabajo de parto y la recuperación del postparto.



OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Verificar si el caminar o la natación disminuye los problemas que puedan surgir en el embarazo.

Comprobar si el caminar o la natación disminuye el tiempo de dilatación.

Probar si el caminar o la natación favorece el espolivo a la hora del parto.

Valorar si el caminar o la natación mejora la recuperación en la cuarentena.

Diferenciar si han tenido más beneficios las mujeres que han realizado ejercicio anterior al embarazo y las que su actividad física era nula o escasa.

RESULTADOS

Caminar y andar es ejercicio físico que debe realizar toda mujer embarazada, excluyendo las mujeres que sufran grandes esfuerzos y que haya riesgo de lesiones.

El ejercicio disminuye la aparición de complicaciones en el embarazo (hipertensión, diabetes gestacional e hiperemesis matinal) con su riesgo de preclampsia.

Favorece el trabajo de parto y la recuperación postparto tanto física como anímica.

CONCLUSIONES

Es de gran importancia que los profesionales tengamos un conocimiento exhaustivo y adecuado de los diferentes tipos de ejercicios físicos, de la duración y tiempo de realización, y como beneficia e influye en el niño y la madre.

Es necesario seguir haciendo estudios de investigación en este tema, y así poder convenir mejor estas recomendaciones.



BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía: Walter, C. Fisioterapia en obstetricia y uroginecología. Barcelona. Masson, 2006; Astorga, A., Diz, L., Navarrete, M., Capítulo 6. Ejercicios (en línea) 2005 febrero 14 (fecha de acceso 5 de Noviembre de 2007). URL disponible en: http://www.fertilib.net/tema06_06.pdf; Barakat, R. Influencia del trabajo aeróbico programado en el desarrollo de la gestación. Parámetros materno-fetales (en línea) 2007.

Uso tradicional de las plantas en Obstetricia y Ginecología

Oliva Pérez, J.¹, Moriles Gujardo, D.², Martín Herrero, J.A.³, Jiménez Jaén, F.⁴
¹Matrona El Vega Bajo, Córdoba; ²Matrona El Virgen de la Antigua, Murcia; ³Matrona Hospital de Daroca; ⁴Matrona Hospital General de Elche

Antecedentes:

El progreso y el abandono del medio rural en pro de la vida urbana nos ha hecho olvidar el íntimo contacto que teníamos con la naturaleza hace tan sólo unas décadas. Este desinterés sufrido por la sociedad actual hacia las tradiciones antiguas ocasiona una pérdida de los saberes antiguos, en contraposición con la idea de que lo más nuevo es lo realmente válido y que la tecnificación es siempre lo mejor, llevando todo esto a olvidar nuestra historia y conocimientos. Se ha desvirtuado la sabiduría popular y el conocimiento que a través de los años y mediante técnicas sencillas naturales y humanas se han conseguido resultados altamente satisfactorios.

Así, la sabiduría de las antiguas parteras en el quehacer obstétrico ha quedado relegada a favor de supuestas técnicas modernas infalibles, influyendo sobre la población profana en estos asuntos, haciéndola pensar que con la aplicación de estas técnicas se puede solucionar cualquier problema obstétrico.

Objetivos:

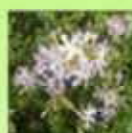
Reunir un listado de plantas que a lo largo de la historia se han utilizado con fines obstétricos y ginecológicos.

Material y método:

Es una revisión bibliográfica clásica.



Alho (Crocus sativus)



Corona de rey



Corona de reina (Saxifraga catalaunica)
 Sábina (Juniperus Sabina)



Alheña (Ligustrum vulgare)



Laminaria (Laminaria cloustoni)



Tizón del maíz (Ustilago zeei)

Resultados:

Para una mejor comprensión se han clasificado las plantas por su principal efecto terapéutico, muchas de ellas también poseen otros efectos beneficiosos, así como no carecen de efectos secundarios.

UTEROESTIMULANTES: Azafrán (*Crocus sativus*), Aceite de lirio (*Iris germanica*), Alholva (*Trigonella foenum-graecum*), Caulófilo (*Caulophyllum thalictroides*), Saponaria (*Saponaria officinalis*).

SEDANTES PARA EL PARTO: Cáñamo (*Cannabis sativa*), Lino (*Linum usitatissimum*), malva y malvisco (*Althaea officinalis*).

ABORTIVAS: Azafrán (*Crocus sativus*), Corona de rey (*Saxifraga longifolia*) y corona de reina (*Saxifraga catalaunica*), Perejil (*Petroselinum crispum*), Ruda (*Ruta graveolens* y *Ruta angustifolia*), Sábina (*Juniperus Sabina*), Saponaria (*Saponaria officinalis*), Terraguiño (*Dictamnus hispanicus*), Borrachera (*Ipomea carnea*), Palta (*Maytenus vitis-idaea* Gris).

OTROS USOS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA:

- LUBRICANTE: Aceite de almendras amargas.
- SÍNDROME MENSTRUAL: Amapola, Palta, Laminaria (*Laminaria cloustoni*), Perejil (*Petroselinum crispum*), Orégano, Paico, Cola de caballo y Llantén (Molestias urinarias, dolor pélvico. Postparto: cicatrizante de laceraciones vulvoperineales y antiséptico perineal).
- ALUMBRAMIENTO Y HEMOSTÁTICO: Aceite de Alheña (*Ligustrum vulgare*), Aceite de lirio (*Iris germanica*), Cornezuelo de Centeno (*Claviceps purpurea*), Lino (*Linum usitatissimum*), malva y malvisco (*Althaea officinalis*), Tizón del maíz (*Ustilago zeei*).
- INDUCIR EL PARTO: Laminaria (*Laminaria cloustoni*).
- SINTOMATOLOGÍA CLIMATÉRICA: Isoflavonas, *Cimífuga Racemosa*.

Conclusiones:

La efectividad de los fármacos actuales no debe hacer que olvidemos y perdamos las posibilidades terapéuticas que durante tanto tiempo nos ha ofrecido la naturaleza. Se deben tratar a los principios activos contenidos en las plantas con el mismo rigor y metodología científica que cualquier fármaco. Sólo siguiendo con rigor el método científico podremos dilucidar cuáles de las alternativas fitoterápicas son realmente eficaces y cuáles no lo son y conocer tanto los posibles beneficios como los potenciales riesgos de los tratamientos fitoterápicos.

Bibliografía:

- Font Quer, P. Plantas medicinales: el Dioscórides renovado. Ed. Península, Madrid, 1999.
 Hays, J. Uso práctico de la fitoterapia en Ginecología. Panamericana, 2006.
 Marinelli, J. Plantas: la guía visual definitiva de plantas y flores del mundo. Ed. Pearson Alambra, 2006.
 Serra Laliça, Luís. Flora vascular de la provincia de Alicante: nomenclatura, biogeografía y conservación. Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2008.

EL AGUA COMO ANALGESIA ALTERNATIVA

USO DE LA INMERSIÓN EN EL AGUA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

AUTORES: Betancor García,L;Armas,L; Silva Gil,C;
HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO INFANTIL DE CANARIAS

OBJETIVO

PRESENTAR A LAS USUARIAS EL USO DE LA INMERSIÓN EN EL AGUA COMO ALTERNATIVA PARA EL ALIVIO DEL DOLOR DURANTE EL PARTO

PERSONAS Y METODO:

Tras una revisión por matronas, de la evidencia científica, observan, la viabilidad de poner en marcha una asistencia al parto diferente a la actual, considerada durante mucho tiempo como única para garantizar un buen resultado, y que consistía en el parto intervenido y la analgesia epidural

RESULTADOS

Un procedimiento que consta de:

CANDIDATAS

La que lo solicite
Gestante de bajo riesgo
A termino
No gemelares
Inicio espontáneo

CONTENIDO

Priorizar la demanda
Informar equipo guardia
Presencia fija de matrona
Condiciones de uso
Condiciones de interrupción

REGISTRO

En hoja correspondiente



CONCLUSIONES

Es posible un método alternativo al actual para el alivio del dolor en la asistencia al parto
Los profesionales se sentirán mas seguros al dar una asistencia mas confortable

EJERCICIO FÍSICO Y EMBARAZO

ESTEBAN MORÓN, José Luis - LÓPEZ SIERRA, Rocío (U.I. UD MATERNAS HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO GRANADA)
 VICTORIA NIETO, Francisca Dolores - HIDALGO SÁEZ, María (MATERNAS HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO GRANADA)

Introducción

Los beneficios para la salud del ejercicio físico regular están ampliamente documentados. Practicarlo en el embarazo de una situación de normalidad en la vida reproductiva de una mujer, se ve conlleva los efectos reales que el ejercicio puede producir en el embarazo.

Objetivos

- Recomendar a las embarazadas sanas el realizar ejercicio aeróbico regular, al menos 2 ó 3 veces por semana, aumentar o reducir la intensidad, la duración o la frecuencia de dicho ejercicio, adaptado a su estado físico, en el curso de trabajo de parto y el desarrollo del embarazo.
- Proporcionar la información sobre las recomendaciones adecuadas para disfrutar de su embarazo y preparación al parto, así como de las limitaciones.

Metodología

Búsqueda bibliográfica en bases de datos Cochrane, Meds, Cochrane, Medline.
 Palabras Clave: gestación, ejercicio físico, salud materno-infantil.

Objetivos para la práctica de ejercicio

- Facilitar las funciones cognitivas vitales.
- Aumentar la circulación de fluidos.
- Aumentar la eliminación de residuos.
- Aumentar el nivel general de salud y de energía.
- Bajar el estrés.
- Mejorar los músculos de la columna vertebral.
- Aliviar molestias además de conocer sus otros posibles beneficios.
- Favorecer la visualización con el hijo.
- Facilitar el trabajo de parto.
- Disminuir las intervenciones obstétricas.
- Mejorar la recuperación postparto.



Consideraciones generales en relación al ejercicio

- Individualizar las recomendaciones físicas en el ejercicio y adaptarlo a cada periodo del embarazo.
- Si existen de los gestantes que practican ejercicio se adaptó por medio de mecanismos compensatorios que sirven para mantener una oxigenación fetal constante.
- Evitar el ejercicio en decúbito supino, después del primer trimestre, ya que se evita a una bajada del volumen cardíaco al retroceder.
- Evitar el sobreesfuerzo.
- Tener algo ligero 1 hora antes del ejercicio.
- Evitar trabajos corporales que impliquen:
 - Pérdida de equilibrio.
 - Riesgo de traumatismo abdominal.
 - Estrés térmico.

Recomendaciones específicas

- Dar información con el objetivo de ayudar a mantener unas posturas correctas durante el desarrollo de las actividades cotidianas (hábitos y demostraciones).
- Enseñar a que la gestante permanezca siempre consciente, respecto de las posturas que adopta y de esta forma poder realizar una autocorrección.
- Indicar que durante el embarazo mantener una postura incorrecta puede ocasionar:
- Aconsejar al evitar cruzar las piernas cuando son sentadas, evitando la columna vertebral hacia arriba.
- Caminar con los pies paralelos, de esta forma se favorecen la articulación sacroiliaca y las rodillas.
- Aconsejar una hora de paseo diario, a poder ser por zonas verdes.
- Aconsejar no trabajar de pie mucho tiempo durante el embarazo, ya que de esta forma aumentan la hiperlaxitud fisiológica en el tercer trimestre y los edemas.

Contraindicaciones para hacer ejercicio

- Hipertensión arterial por el embarazo.
- Ruptura prematura de membranas.
- Parto prematuro en un embarazo anterior o amenaza de aborto en el embarazo actual o pérdidas sucesivas.
- Insuficiencia cardíaca obstructiva.
- Placenta previa o persistente durante el segundo y tercer trimestre.
- Crecimiento intrauterino retardado.

Deportes aconsejados

- Natación acuática
- Natación
- Ejercicio en agua
- Caminar
- Bicicleta suave

Deportes desaconsejados

- Judo
- Taekwondo
- Boxeo
- Fútbol
- Fútbol americano
- Etc.

EJERCICIOS ACONSEJADOS SOBRE EL SUELO

Pegar los talones

- Tumbada en el suelo y con la espalda recta, junta los talones de los pies y pegue los talones. Respira profundamente, al inspirar, contra la columna hacia a atrás.
- Este ejercicio favorece la circulación en la pelvis y aumenta la flexibilidad de los músculos de esta zona.



Sentarse con las piernas estiradas y separadas

- Sentarse en el suelo con la espalda recta y las piernas estiradas y separadas. Mantenga relajados los músculos de las piernas y estirando los talones. Realice varias respiraciones profundas al tiempo que mantiene el cuello y los hombros relajados.
- Este ejercicio sirve para estirar y relajar los músculos de la parte interior de los muslos.



Contrar el pecho

- De pie y con los brazos a la altura de los hombros, aprete el brazo contrario con la mano. Contraiga los músculos del pecho al mismo tiempo que tira con los dedos hacia fuera.
- Con este ejercicio se consigue fortalecer los músculos del pecho.



Estirar los hombros

- En cuclillas, con las rodillas separadas y los brazos pegados a los talones, inclínese hacia a una pared. Estire sucesivamente los brazos hacia arriba y rebaje los brazos en la pared con una separación de unos 30 centímetros.
- Este estiramiento ayuda a respirar mejor y alivia la tensión de estiramiento, mejorando también los músculos que rodean al pecho.



Elevar las piernas

- Tumbada boca arriba, levante una pierna y haga círculos con la rodilla en el sentido de las agujas del reloj y después en el sentido contrario. Repite el ejercicio con la otra pierna.
- Este ejercicio sirve para fortalecer el sistema venoso.



Ejercitar el suelo pélvico

- En cuclillas y con los pies de las manos en el suelo, inspire una vez. Tense los músculos de la pelvis y levántelos. Inspire varias veces y expulse el aire los músculos.
- Este ejercicio sirve para fortalecer los músculos de la pelvis.



Flexionar hacia delante

- De pie, con los pies algo separados, respírese los brazos por la espalda. Gístrate hacia adelante hacia a atrás. Mantenga esta posición unos segundos al tiempo que respira profundamente y vuelve a la posición inicial.
- Este ejercicio relaja los músculos de la parte posterior de las piernas y del suelo pélvico.



Bascular la pelvis

- Coloque las rodillas y los pies de las manos en el suelo. Apoye la columna vertebral y mantenga esta posición unos segundos. Luego, vuelva a su posición inicial estirando la espalda con cuidado.
- Este ejercicio relaja los músculos abdominales y alivia el dolor de espalda.



Estirar la parte interior de los muslos

- Echada con la espalda en el suelo, aprete las piernas estiradas hacia arriba en una pared. Estiende los brazos por encima de la cabeza y abra, poco a poco, las piernas. Si se cansa durante el ejercicio, flexione las piernas.
- Este ejercicio favorece el regreso de la sangre al corazón y descomprime las piernas.



Bibliografía

- Revista Cochrane: Ejercicio aeróbico durante el embarazo
- Fundación Cochrane: Ejercicio para las mujeres embarazadas diabéticas
- Fundación Lily: SERRAJO CARBALLIDO, R., ALONSO MÉRINO, G., RODRÍGUEZ CABRERO, M., RUIZ GONZÁLEZ, J. Ejercicio físico y los resultados del embarazo.
- Anales de Obstetricia y Ginecología 2006; 48(1): 430-438 ISSN 0304-9923
- Research Center: March of Dimes Birth Defects Foundation. "Un buen estado físico para los días" 2002
- <http://www.marchofdimes.org/pdf/PDF2/EjercicioFisico.pdf>
- <http://www.elseba.com/indic.php?ex=embarazo/>
- Sara Otero R., Santandrea Ojeda, A. 2004. En: Referencia de la Mujer. Ed: DAE, Madrid. 135-141.

LA MATRONA Y LA EDUCACIÓN SEXUAL EN DISCAPACITADOS

ISABEL LÓPEZ GONZÁLEZ, LAURA MEDRANO HONRAJÓN, BIENE PEREZ DE LOS COBOS HERNÁNDEZ, M^a VICTORIA SEGUNDO CRTÓN, BEATRIZ MARTÍNEZ PASADIA
HOSPITAL UNIVERSITARIO VALEN DE LA JIRREXACA, MURCIA

SEXUALIDAD DISCAPACITADOS

PASADO

Genitalidad y coito
Procreación
Matrimonio
Heterosexuales
Varones

"no personas con discapacidad"

PRESENTE

Mapa corporal
Multifuncionalidad
Derecho de la persona
Hetero y homosexual
Ambos sexos

"si personas con discapacidad"

ACTIVIDADES A REALIZAR POR LA MATRONA

- * Escuchar y tener en cuenta la persona con discapacidad
- * Ofrecer información sobre los distintos aspectos de la sexualidad
- * Acercar oportunidades para relacionarse con iguales en situaciones normalizadas
- * Ofrecer contextos de interacción ajenos al ámbito familiar y residencial
- * Respetar tiempos y espacios de intimidad
- * Eliminar conductas inadecuadas y cambiarlas por otras más adecuadas
- * Escoger habilidades interpersonales, lenguajes y formas de comunicación que permitan la interrelación
- * Potenciar la autoestima (posibilitar la expresión de su personalidad a través de su imagen personal)
- * Procurar que aprendan a aceptarse y acepten sus limitaciones
- * Ofrecer información sobre la fecondación y los diferentes métodos anticonceptivos
- * Ofrecer recursos y ayuda profesional en caso de dificultades
- * Hacer visibles todas las sexualidades al resto de la sociedad
- * Trabajar de manera coordinada con el resto de profesionales implicados

MITOS Y FALSAS CREENCIAS

- * Son personas asexuadas
- * Sexualmente son como niños
- * Las personas con discapacidad no pueden tener hijos
- * Son inocentes y no deben tener actividad sexual
- * La educación sexual despierta su sexualidad dormida
- * Las personas con discapacidad no se casan

En contra de las falsas creencias se interponen ciertos derechos...

- * A la propiedad de su cuerpo
- * A tener intimidad y privacidad
- * A recibir información y ayuda
- * A explorar su cuerpo
- * Derecho a formar pareja
- * Derecho a elegir su estado civil
- * Derecho a tener o no tener hijos

TRIANGULO DE LA EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD

(Counnhoven, 2001)

PERSONA CON DISCAPACIDAD



FAMILIA

PROFESIONALES

HAY QUE UNIFICAR CRITERIOS, VALORES Y ACTITUDES ANTE LA SEXUALIDAD

OPINIÓN DE LAS MUJERES SOBRE LOS CUIDADOS DEL PARTO EN HOSPITALES PÚBLICOS

JOSÉ ROMAN OLIVER, M^º JOSÉ ESPINACO GARRIDO, PABLO IGLESIAS BONILLA, ENCARNACION MARTIN MOCHALES Y ANA MARIA LARA MONTERO

DISTRITO SANITARIO SEVILLA

La mujer debe ser el centro del cuidado maternal. Durante el proceso de parto, los cuidados deben estar dirigidos a ella, adecuándolos a sus necesidades y circunstancias personales, respetando en la medida de lo posible sus opciones y decisiones en los cuidados que desea. La satisfacción de las mujeres forma parte de la calidad de la atención prestada en el parto y puerperio.



OBJETIVO: El propósito de la investigación (objetivo general) se centra en conocer la opinión de las mujeres, si lo que reciben como asistencia habitual al parto, es lo que ellas verdaderamente esperan y evaluar su satisfacción sobre la asistencia recibida. De forma que se muestran los cuidados que necesitan mejorarse para aumentar el grado de satisfacción.

MUESTRA DE MUJERES ENCUESTADAS			
#	TIPO DE CUIDADO	Nº ENCUESTADAS	ENCUESTAS VÁLIDAS
1	acompañamiento continuo	133	122
2	acompañamiento limitado	122	106
3	parto sin asistencia	101	89
4	parto sin asistencia con analgesia	101	89
5	parto sin asistencia con epidural	101	89
6	parto sin asistencia con analgesia y epidural	101	89
7	parto sin asistencia con analgesia y epidural y cesárea	101	89
8	parto sin asistencia con analgesia y cesárea	101	89
9	parto sin asistencia con epidural y cesárea	101	89
10	parto sin asistencia con analgesia y epidural y cesárea	101	89
11	parto sin asistencia con analgesia y cesárea	101	89
12	parto sin asistencia con epidural y cesárea	101	89
13	parto sin asistencia con analgesia y epidural y cesárea	101	89
14	parto sin asistencia con analgesia y cesárea	101	89
15	parto sin asistencia con epidural y cesárea	101	89
16	parto sin asistencia con analgesia y epidural y cesárea	101	89
17	parto sin asistencia con analgesia y cesárea	101	89
18	parto sin asistencia con epidural y cesárea	101	89
19	parto sin asistencia con analgesia y epidural y cesárea	101	89
20	parto sin asistencia con analgesia y cesárea	101	89

DISEÑO Y ÁMBITO DEL ESTUDIO: Se ha diseñado un estudio descriptivo y transversal. Se pasa una encuesta a las gestantes durante la visita puerperal en varios centros de salud de Sevilla que abarca los tres hospitales públicos del área. El cuestionario se ha basado en el instrumento de medición de la calidad SERVQUAL. El periodo de estudio ha estado comprendido entre los meses de Enero y Junio de 2007.

Categorías	
Subcategoría	Definición
1	acompañamiento continuo
2	acompañamiento limitado
3	parto sin asistencia
4	parto sin asistencia con analgesia
5	parto sin asistencia con epidural
6	parto sin asistencia con analgesia y epidural
7	parto sin asistencia con analgesia y epidural y cesárea
8	parto sin asistencia con analgesia y cesárea
9	parto sin asistencia con epidural y cesárea
10	parto sin asistencia con analgesia y epidural y cesárea
11	parto sin asistencia con analgesia y cesárea
12	parto sin asistencia con epidural y cesárea
13	parto sin asistencia con analgesia y epidural y cesárea
14	parto sin asistencia con analgesia y cesárea
15	parto sin asistencia con epidural y cesárea
16	parto sin asistencia con analgesia y epidural y cesárea
17	parto sin asistencia con analgesia y cesárea
18	parto sin asistencia con epidural y cesárea
19	parto sin asistencia con analgesia y epidural y cesárea
20	parto sin asistencia con analgesia y cesárea

Cuidados				
#	Cuidado	Encuestas	Satisfecho	Porcentaje
1	acompañamiento continuo	122	68	55,7
2	acompañamiento limitado	106	57	53,7
3	parto sin asistencia	89	47	52,8
4	parto sin asistencia con analgesia	89	47	52,8
5	parto sin asistencia con epidural	89	47	52,8
6	parto sin asistencia con analgesia y epidural	89	47	52,8
7	parto sin asistencia con analgesia y epidural y cesárea	89	47	52,8
8	parto sin asistencia con analgesia y cesárea	89	47	52,8
9	parto sin asistencia con epidural y cesárea	89	47	52,8
10	parto sin asistencia con analgesia y epidural y cesárea	89	47	52,8
11	parto sin asistencia con analgesia y cesárea	89	47	52,8
12	parto sin asistencia con epidural y cesárea	89	47	52,8
13	parto sin asistencia con analgesia y epidural y cesárea	89	47	52,8
14	parto sin asistencia con analgesia y cesárea	89	47	52,8
15	parto sin asistencia con epidural y cesárea	89	47	52,8
16	parto sin asistencia con analgesia y epidural y cesárea	89	47	52,8
17	parto sin asistencia con analgesia y cesárea	89	47	52,8
18	parto sin asistencia con epidural y cesárea	89	47	52,8
19	parto sin asistencia con analgesia y epidural y cesárea	89	47	52,8
20	parto sin asistencia con analgesia y cesárea	89	47	52,8

RESULTADOS: Se han investigado 20 cuidados y han quedado distribuidos como informativos, tangibles y emocionales. Más de la mitad de los cuidados estudiados se muestran como satisfactorios para las mujeres. Se sigue estimulando con fármacos, monitorizando y realizando amniotomías, en un elevado número de casos. Los comentarios personales realizados por un 42,4% de las encuestadas han estado dirigidos fundamentalmente a expresar su satisfacción con los cuidados recibidos durante el parto y muestran una opinión positiva en la mayoría de los casos.

MUESTRA DE MUJERES ENCUESTADAS				
#	TIPO DE CUIDADO	Nº ENCUESTADAS	ENCUESTAS VÁLIDAS	OPINIÓN
1	acompañamiento continuo	133	122	Satisfactorio
2	acompañamiento limitado	122	106	Satisfactorio
3	parto sin asistencia	101	89	Satisfactorio
4	parto sin asistencia con analgesia	101	89	Satisfactorio
5	parto sin asistencia con epidural	101	89	Satisfactorio
6	parto sin asistencia con analgesia y epidural	101	89	Satisfactorio
7	parto sin asistencia con analgesia y epidural y cesárea	101	89	Satisfactorio
8	parto sin asistencia con analgesia y cesárea	101	89	Satisfactorio
9	parto sin asistencia con epidural y cesárea	101	89	Satisfactorio
10	parto sin asistencia con analgesia y epidural y cesárea	101	89	Satisfactorio
11	parto sin asistencia con analgesia y cesárea	101	89	Satisfactorio
12	parto sin asistencia con epidural y cesárea	101	89	Satisfactorio
13	parto sin asistencia con analgesia y epidural y cesárea	101	89	Satisfactorio
14	parto sin asistencia con analgesia y cesárea	101	89	Satisfactorio
15	parto sin asistencia con epidural y cesárea	101	89	Satisfactorio
16	parto sin asistencia con analgesia y epidural y cesárea	101	89	Satisfactorio
17	parto sin asistencia con analgesia y cesárea	101	89	Satisfactorio
18	parto sin asistencia con epidural y cesárea	101	89	Satisfactorio
19	parto sin asistencia con analgesia y epidural y cesárea	101	89	Satisfactorio
20	parto sin asistencia con analgesia y cesárea	101	89	Satisfactorio

MUESTRA DE MUJERES ENCUESTADAS				
#	TIPO DE CUIDADO	Nº ENCUESTADAS	ENCUESTAS VÁLIDAS	OPINIÓN
1	acompañamiento continuo	133	122	Satisfactorio
2	acompañamiento limitado	122	106	Satisfactorio
3	parto sin asistencia	101	89	Satisfactorio
4	parto sin asistencia con analgesia	101	89	Satisfactorio
5	parto sin asistencia con epidural	101	89	Satisfactorio
6	parto sin asistencia con analgesia y epidural	101	89	Satisfactorio
7	parto sin asistencia con analgesia y epidural y cesárea	101	89	Satisfactorio
8	parto sin asistencia con analgesia y cesárea	101	89	Satisfactorio
9	parto sin asistencia con epidural y cesárea	101	89	Satisfactorio
10	parto sin asistencia con analgesia y epidural y cesárea	101	89	Satisfactorio
11	parto sin asistencia con analgesia y cesárea	101	89	Satisfactorio
12	parto sin asistencia con epidural y cesárea	101	89	Satisfactorio
13	parto sin asistencia con analgesia y epidural y cesárea	101	89	Satisfactorio
14	parto sin asistencia con analgesia y cesárea	101	89	Satisfactorio
15	parto sin asistencia con epidural y cesárea	101	89	Satisfactorio
16	parto sin asistencia con analgesia y epidural y cesárea	101	89	Satisfactorio
17	parto sin asistencia con analgesia y cesárea	101	89	Satisfactorio
18	parto sin asistencia con epidural y cesárea	101	89	Satisfactorio
19	parto sin asistencia con analgesia y epidural y cesárea	101	89	Satisfactorio
20	parto sin asistencia con analgesia y cesárea	101	89	Satisfactorio

CONCLUSIONES

Estar acompañada continuamente es el cuidado más deseado por las encuestadas y sigue coincidiendo con otros estudios. El fomento de la lactancia materna aparece como el segundo cuidado más satisfecho. El parto en hospitales público en general es bien aceptado en opinión de las mujeres, aunque los resultados indican aspectos que puede mejorarse.

BIBLIOGRAFÍA: Matthews K, Catalano LC. Childbearing women's perceptions of nursing care that promotes dignity. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2004; 33(4): 486-502. Ortega R, Sanchez O, Garcia A, Sanchez M. ¿Están satisfechas las mujeres con la atención proporcionada por la matrona durante el parto? Rev ROL enl 2001; 24 (4): 290-299. Navarro G.M, Sanchez Muñoz S, Garcia Calvente M. Atención al embarazo, parto y postparto en España. España: Andaluza de Salud Pública, Granada, Diciembre 2005.

LIBRO DE RESÚMENES
EDITADO POR LA
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

Este libro recoge los resúmenes de las comunicaciones orales y las imágenes de los pósteres seleccionadas .
La Organización no se hace responsable de las opiniones expresadas en ellos ni de su contenido.