



Madrid 21 - 22 - 23 - Junio 2012

XV-Congreso Nacional de Matronas

www.aesmatronas.com

Organizado por la
Asociación Española de
Matronas:



SEDE:
Hospital Central de la
Defensa "Gómez Ulla"

Acreditado :
4.1 Créditos



L A - C - F - O - M A R G O R P



Madrid 21 - 22 - 23 - junio 2012

XV-Congreso Nacional de Matronas

www.aesmatronas.com

Organizado por la
Asociación Española de
Matronas:



SEDE:
Hospital Central de la
Defensa "Gómez Ulla"

Acreditado :
4.1 Créditos



Bienvenida

Este año 2012, la Asociación Española de Matronas en la 15ª edición de su Congreso Nacional ha elegido el lema "Mucho por encajar" pensamiento que en ningún caso puede dar paso a la sorpresa, a la confusión o al desconcierto. En absoluto creemos un contrasentido hablar de encajar cuando, con certeza y orgullo, afirmamos que nuestra profesión está presente y ostenta el marchamo de reconocida eficacia para la sociedad desde los albores de la humanidad. Sin embargo queremos recordar con este título que, la identidad de nuestro grupo profesional "Matronas y Matrones", es una labor colectiva -compartida y compuesta de tantas piezas como aéreas en las que participamos, en todas las que el trabajo lleva nuestra firma. La identidad profesional no es asunto únicamente de un perfil oficial, es algo semejante a un puzzle, en este caso, de tantas piezas como profesionales integramos este colectivo; cada uno de nosotros comunicamos el ser de nuestra profesión al ofertar nuestros servicios y todos juntos, con nuestras acciones al completo, constituimos la imagen definitiva, ese puzzle acabado que muestra el perfil de lo que somos y podemos ofrecer a las mujeres y a las familias como profesión legalmente reconocida y de interés social. Matronas-es, debemos estar conectados entre nosotros y a la vez con la sociedad que marca la demanda. Inexcusablemente debemos igualmente estar enlazados con el conocimiento actualizado en nuestro espacio profesional, conocer y hacer aportes de calidad validados e integrados en el campo clínico y humanístico para que nuestra profesión no se estanque

La Asociación Española de Matronas un año más os convoca al XV-Congreso Nacional de Matronas en el que, como siempre, hay un espacio para todas/os los que, a modo de piezas de un gran puzzle se ganan su propio reconocimiento profesional y se encajan con el resto del equipo para mantener viva y con perspectiva de futuro una profesión que también "sabe encajar" y lo seguirá haciendo, los golpes duros, que viene sufriendo en su larga historia . Precisamente, el gran valor añadido de la profesión ha sido una extraordinaria capacidad de adaptación que ha garantizado la supervivencia a lo largo de los siglos.

Porque creemos en ella, porque la queremos, porque la sociedad la necesita, es obligado y legítimo salvaguardar la PROFESION en la que cada uno somos una pieza imprescindible de un mosaico vivo, expresivo y funcional.

En nombre de la Asociación Española de Matronas y de los Comités Organizadores del Congreso os doy la bienvenida!

Teresa Cabrera Sanz

Presidenta del XV-Congreso Nacional de Matronas

Comité de Honor

Excma. Sra. Dña. Esperanza Aguirre de Viedma
Presidenta de la Comunidad de Madrid.

Excma. Sra. Dña. Ana Mato Adrove.
Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Excmo. Sr. Don Javier Fernández-Lasquetty Blanc
Consejero de Sanidad de la CAM

Sr. D. Pedro Bejarano Soletó.
Presidente del Ilustre Colegio de Enfermería de Madrid.

General D. Luis Hernández Ferrero
Director del Hospital Central de la Defensa

Comité Organizador

Presidenta

Teresa Cabrera Sanz

Secretaria

Vega Ortiz García

Vocales

Carmen Cuadrado Orduña

Concha Martínez Pastor

Isabel Manzano Alonso.

Joaquín Maíz Gálvez

Laura García Rodríguez

Lucia Moya Ruiz

María Sanz López

Rosario Sánchez Garzón.

Comité Científico

Presidenta

Rosa M^a Plata Quintanilla

Vocales

Isabel Egües Jimeno

Leticia del Valle Falcón.

Pilar Medina Adán.

M^a José García Junquera

Maite del Hierro Gurruchaga

Maribel Castello López

Matilde Fernández y Fernández

Yolanda Espinosa de los Monteros.

Carmen Molinero Fraguas

Dirección del Congreso:

M^a Ángeles Rodríguez Rozalen

PROGRAMA

Día 21 JUNIO 2012

ACREDITACIÓN DE CONGRESISTAS Y RECOGIDA DE DOCUMENTACIÓN.

De 10:00h a 14:00h. día 21/06/2012
Secretaría del Congreso: Hall Principal del Hospital
Central de la Defensa "Gómez Ulla"

DÍA 21, SESIÓN DE LA TARDE

16:00 Apertura del XV-Congreso Nacional de Matronas.

Conferencia Inaugural.

Dña. Rosa M^a Plata Quintanilla.

Vicepresidenta de la A.E.M.

Moderadoras:

Dña. Isabel Manzano Alonso.

Dña. Isabel Castello López

18:30h. Nuevos marcadores ecográficos en el diagnóstico prenatal.

Dra. Coral Bravo Arribas. Hospital Central de la Defensa. Madrid.

19.30h. Actualidad en prevención y manejo de la prematuridad.

Dra. Ana Virseda Antonio. Hospital Central de la Defensa. Madrid.

20:00h. La prescripción para matronas desde otra perspectiva.

Dña. M^a Ángeles Tadeo López. Matrona. Las Palmas

Ruegos y preguntas.

20:40h. Bienvenida a los congresistas. Vino español

Día 22/06/2012 SESIÓN DE LA MAÑANA

Día 22, SESIÓN DE LA MAÑANA

08:00h. Sesión de Comunicaciones.

Moderadoras:

Dña. Matilde Fernandez y Fernandez.

Dña. Yolanda Espinosa de los Monteros.

ENFERMEDAD PERIODONTAL Y PARTO PRETERMINO.

Lydia Salcedo, Isabel Delgado, Marta Zamorano, Lucía Monzón.

Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

IMPACTO DE LA OBESIDAD MATERNA SOBRE EL EMBARAZO Y EL PARTO.

Alicia Neira Sánchez. Hosp. de Fuenlabrada. Madrid.

¿COMPONENTES BIOACTIVOS DE LA LECHE MATERNA PARA LA PREVENCIÓN DE LA ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE?

Azucena González , M^a del Carmen Ariza, Amparo Pulido.

Hospital Costa Del Sol, Marbella.

RECOMENDACIONES AL PARTO NORMAL EN ESPAÑA: DESCUBRIENDO LAS DIFERENCIAS.

Coral Ballesteros, Raquel Velázquez , Magdalena Luque.

Hospital La Paz. Madrid

LA MATRONA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO. PROPUESTA DE UNA INTERVENCIÓN PREVENTIVA DESDE LA UNIDAD DOCENTE DE SALAMANCA.

María Del Mar González, Fabiola Fraile, Elena Fernández Lorena González, Laura Merino.

U.Docente de Matrona. Salamanca.

Ruegos y preguntas.

Sesión de Ponencias.

Moderadores:

D. Manuel Albi Gonzalez.

Dña. Pilar Medina Adán.

09:00h. Prevención de lesiones perineales de origen obstétrico.

Dña. Olga López López. Dña. M^a Carmen Frade Ciudad.
Hospital Reina Sofía. Madrid

09:30h. Estrategia de atención al parto normal cuatro años después.

Dña. Lucía Moya Ruiz. Dña. Laura García Rodríguez. Madrid.

10:00h. Mitos y realidades sobre la psicología perinatal.

Dña. Cristina Trimiño de la Cal. Matrona
Hospital Central de la Defensa. Madrid.

10:30h. Aspectos éticos en la atención al parto.

Dña. Isabel Castelló López Master en Etica. Matrona. CECOVA.

Ruegos y preguntas.

11:10 Pausa café.

Moderadores:

Dr. Pedro Castro Martinez.

Dña. Sofia Gotor Colas.

11:30h. Importancia del papel de las matronas en la realización de citologías.

Dra. Puerto García Anaya. Hospital Central de la Defensa. Madrid.

12:10h. Utilización células madre en tratamiento de incontinencia urinaria.

Profesor D. Pedro de la Fuente Pérez.
Catedrático de Obstetricia y Ginecología. Madrid.

Ruegos y preguntas.

Día 22, SESIÓN DE LA MAÑANA

12:50h. "La piel sana del bebé comienza con la evidencia científica.

Dr. Antonio Torrelo Fernández. Pediatra. Madrid.

13:20h. Aspectos técnicos y científicos en la conservación y aplicación de sangre y cordón umbilical.

Gregorio Garrido Cantarero. Jefe de Servicio de la O.N.T.

Ruegos y preguntas.

Día 22/06/2012 SESIÓN DE LA TARDE

Día 22, SESIÓN DE LA TARDE

14:00h. a 15:25h. Proyección de posters en Sala Conferencias.

15:30h. Sesión de Comunicaciones.

Moderadoras:

Dña. Leticia del Valle Falcón.

Dña. Natalia Pérez Martínez.

CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA Y GINECOLÓGICO A TRAVÉS DE LA FILATELIA.

M^a Rosa Rozas, Jorge Costa. Escuela Enf. Univ. de Barcelona.

ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE LA PÍLDORA POSTCOITAL COMO ESTRATEGIA PARA DISMINUIR EL NÚMERO DE IVE'S EN ESPAÑA Y RESTO EUROPA.

M^a Carmen Ariza, Azucena González, Amparo Pulido.

Hospital Cruz Roja. Córdoba.

RESULTADOS MATERNO-FETALES CON EL USO DE LA POSTURA MATERNA MANOS-RODILLAS PARA CORREGIR LA POSICIÓN FETAL OCCIPITOPOSTERIOR DURANTE EL PARTO: ENSAYO CLÍNICO.

Cristina Yolanda Molina, Encarnación Martínez, Isabel Jiménez.

Hospital De Baza, Granada.

PATOLOGIA PSIQUIATRICA EN UNA GESTANTE: A PROPOSITO DE UN CASO.

Manuel Murillo, Alba Murillo, Marta Allueva.
Passir Reus Tarragona.

LEY DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y SU INFLUENCIA EN LAS INTERRUPTIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO.

Elena Ávila s, Encarnación Martínez, M^a Dolores Pozo.
Universidad de Granada.

Ruegos y preguntas.

Sesión de Ponencias.

Moderadoras:

Dña. Carmen Molinero Fraguas.

Dña. María Sanz López.

16:30h.Tratamiento psicosocial del vaginismo y la dispareunia.

Dña. Rosario Sánchez Garzón. Matrona. Sexóloga.
Hospital Central de la Defensa. Madrid.

17:00h.Estudio: Efecto de la cerveza sin alcohol sobre la leche materna.

Dra. Pilar Codoñer Franch. Pediatra. Universidad de Valencia.

17:30h.Actualidad en los tratamientos en peri-menopausia.

Dr. Santiago Palacios Gil Antuñano.
Centro Médico de Salud de la Mujer. Madrid.

18:10h. Pausa café.

18:30h.Homeopatía como alternativa terapéutica en patologías del embarazo.

Dr. Ignacio Ruiz de la Hermosa. Obstetra y Homeópata.
Hosp. Reina Sofía.

Día 22, SESIÓN DE LA TARDE

19:00h. Matices imprescindibles para la validez del consentimiento informado.

D. Alberto Ortega López. Consultor Jurídico del CODEM.

19:30h. Incidencia y causas comunes en las demandas a matronas.

Profesor Ángel Aguaron de la Cruz.

Jefe de Servicio del Hospital "Gregorio. Marañón". Madrid

Ruegos y preguntas.

Día 22/06/2012 NOCHE

Día 22, NOCHE

21:30h. – 02:30h. Cena del Congreso.

Restaurante PACHICU QUINTANA.

Camino de la Zarzuela 5- 28.023 Madrid.

Carretera de la Coruña. Salida 10

El traslado al restaurante (y regreso):

La Organización pondrá autobuses a disposición de los congresistas, previa petición en la Secretaria Técnica del Congreso el día 21.

Día 23/06/2012 SESIÓN DE MAÑANA**Día 23, SESIÓN DE LA MAÑANA**

Sesión de Ponencias.

Moderadores:

Dña. Vega Ortiz Garcia

D. Joaquín Maíz Galvez.

08:30h. De los cursos de preparación al parto a los programas de educación maternal en "Mindfulness".

Dña. Matilde Fernández y Fernández. Prof. U.D. de Matronas La Paz.

09:00h. Viajes y embarazo: Importancia del uso correcto del cinturón de seguridad.

Dña. Monica Diez Marin. Ingeniero de Seguridad.

09:30h. Estrategias preventivas de la lumbalgia gestacional.

Dña. Pilar Medina Adán. Matrona Centro de Salud Madrid.

10:00h. Resultados del Estudio Bahía, sobre hábitos de consumo de agua en las embarazadas.

Dña. Leticia del Valle Falcón. Matrona Centro de Salud. Madrid

11:00h. Tendencias actuales en la inducción del parto.

Dra. Cristina Sánchez Rojo. Hospital Central de la Defensa. Madrid.

Preguntas y debate.

11:40h. Pausa café.

12:00h. Lenguaje y acción: el poder de la conversación.

Dña. Yolanda Espinosa de los Monteros.

12:30h. Osteopatía aplicada en tratamiento alternativo del dolor en el parto.

D. Raúl Guzmán Mora. Osteópata. Madrid

13:20h. Re-atribuciones de las matronas /Inserción laboral.

Dña. M^a Ángeles Rodríguez Rozalén. Presidenta de la A.E.M.

Ruegos y preguntas.

- Lectura de Conclusiones.
- Entrega de Premios.
- Clausura del XV Congreso Nacional de Matronas.



HOSPITAL CENTRAL DE LA DEFENSA

**SALÓN DE ACTOS DEL HOSPITAL CENTRAL
DE LA DEFENSA "GÓMEZ ULLA"**

Glorieta del Ejercito, S/N
Carabanchel Bajo, 28025 Madrid
Metro Carabanchel



**LA EXPOSICIÓN DE POSTERES SE REALIZARÁ
MEDIANTE PROYECCIÓN EN PANTALLA EN EL
SALÓN DE ACTOS de 14:00h. a 15:25h.**

RELACIÓN POSTERES ACEPTADOS

RELACIÓN POSTERES ACEPTADOS

1. LA MATRONA Y LA EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL EN LA ESCUELA. UNA EXPERIENCIA EN LA UNIDAD DOCENTE DE SALAMANCA.

Fabiola Fraile Alonso y cols. U. D. Salamanca.(SALAMANCA)

2. PUERPERIO EN LA RED.

N. Calvo Sanz. C. S. Las Carmenes. (MADRID)

3. ACEPTABILIDAD Y TOLERABILIDAD DEL USO DEL IMPLANTE SUBCUTANEO CONTRACEPTIVO EN UNA ZONA BASICA DE SALUD DE SEVILLA.

M. J. Espinaco Garrido y cols. Centro de Salud Pino Montano B (SEVILLA)

4. FACTORES DE RIESGO PSICOLÓGICOS DE LA DISMENORREA PRIMARIA: UN ESTUDIO PILOTO.

M^a J. Dorrego Leal y cols. C. Atención Primaria de Vite. Santiago de Compostela. (LA CORUÑA)

5. MATRONA E HIPOPRESIVOS, UN CAMBIO DE PARADIGMA.

E. Bueno Montero y cols. Hospital "Punta Europa" Algeciras.(CADIZ)

6. NOVEDADES EN COMPONENTES BIOACTIVOS DE LA LECHE MATERNA.

M^a C. Ariza Salamanca y cols. Hospital Cruz Roja (CORDOBA)

7. LOS HÁBITOS DE SUEÑO COMO FACTOR DE RIESGO DE LA DISMENORREA PRIMARIA: UN ESTUDIO PILOTO.

M. Fernández Miguez y cols. Centro de Atención Primaria de Ribeira (LA CORUÑA)

8. INFLUENCIA DE LA ANALGESIA EPIDURAL CON EL USO DE LA POSTURA MATERNA MANOS-RODILLAS EN PARTOS CON POSICIÓN FETAL OCCIPITOPOSTERIOR.

I. Jiménez Barragán y cols. Hospital de Baza (GRANADA)

9. PARTOS EXTRAHOSPITALARIOS. ¿CÓMO MEJORARLOS EN NUESTRO HOSPITAL?

C. Jardán Huete y cols. Hospital Universitario Doce de Octubre (MADRID)

10. ¿ES EFICAZ LA ADMINISTRACIÓN DE OXITOCINA INTRAUMBILICAL ANTE UNA RETENCIÓN PLACENTARIA?

M.I. Prieto Membrive y cols. H. U. San Cecilio (GRANADA)

11. DEPRESION POSPARTO (DPP) EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA.

A. B. Laviña Castán y cols. Hospital Materno Infantil Miguel Servet (ZARAGOZA)

12. ¿ES LA VERSIÓN EXTERNA UNA PRÁCTICA SEGURA QUE DISMINUYE EL NÚMERO DE CESÁREAS PROGRAMADAS?

S. Carrillo Aguilera y cols. Hospital Materno Infantil (MALAGA)

13. UNA MIRADA HACIA DELANTE: MUJERES INMIGRANTES EN LANZAROTE Y CRISIS ECONÓMICA.

M. D. Velamazán Martínez y cols. Hospital Dr. José Molina Orosa. (LANZAROTE)

14. EL PAPEL DE LA MATRONA EN EL ENTRENAMIENTO DEL SUELO PÉLVICO EN MUJERES ATLETAS”.

A. González Gómez y cols. Hospital Costa del Sol, Marbella (MÁLAGA)

15. CÓMO INCREMENTAR LA INCIDENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA A LOS 6 MESES: TALLER DE LACTANCIA RECURSO FUNDAMENTAL.

J. Sánchez Sánchez y cols. C. S M^º Ángeles López Gómez (MADRID)

16. MANIOBRA DE KRISTELLER: ¿EXISTE ALGUNA INDICACIÓN EN EL PERIODO EXPULSIVO PARA SU APLICACIÓN?

M. Martín Pérez y cols. Hospital U. San Cecilio (GRANADA)

17. REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA EN LA MUJER EMBARAZADA.

V. Mayoral César y cols. Hospital Comarcal (MELILLA)

18. ENTRENAMIENTO DEL SUELO PÉLVICO CON BOLAS CHINAS.

M. Luque Díaz y col. H. Central de la Defensa Gómez Ulla (MADRID)

19. TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN DURANTE EL EMBARAZO.

M. Luque León y cols. Hospital Comarcal (MELILLA)

20. PAPEL DE LA MATRONA ANTE LOS MÉTODOS ALTERNATIVOS PARA EL ALIVIO DEL DOLOR EN EL TRABAJO DE PARTO.

J. M. Luna Valero y cols.

21. LA MANIOBRA DE HAMILTON COMO MECANISMO DE INDUCCIÓN DEL PARTO.

M^º L. Hernández Lirola, y col. Hospital Universitario San Cecilio (GRANADA)

22. LOS ABDOMINALES HIPOPRESIVOS FRENTE A LOS ABDOMINALES CLÁSICOS EN LA RECUPERACIÓN POSPARTO.

R. Martínez Fernández y col. Hospital Puerta del Mar (CADIZ)

23. MELA: MÉTODO DE LACTANCIA Y AMENORREA, UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO PARA MUJERES QUE AMAMANTAN.

D. Rivas Macías, Dolores y cols. C. S. Leganitos. Marbella (MÁLAGA)

24. ATENCIÓN SOCIOSANITARIA A LA GESTANTE ANTE LA DETECCIÓN TARDIA DE MALFORMACIONES FETALES EN EL EMBARAZO.

E. Arroyo Bella y cols. Hospital Virgen de la Salud (TOLEDO)

25. LA MATRONA: PIEDRA ANGULAR EN LA PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA.

J. López Márquez y cols. C. S. Villablanca (MADRID)

26. ASPECTOS BIOSOCIALES DE UN ÁREA DE SALUD Y SU RELACIÓN CON LA GANANCIA DE PESO EN EL EMBARAZO.

I. Rodríguez González y cols. Hospital Puerto del Mar (CADIZ)

27. HOMEOPATIA DURANTE LOS PRÓDROMOS Y EL TRABAJO DE PARTO.

S. Jean-Paul Romero y cols. Hospital del S.A.S. Jerez de la Frontera (CADIZ)

28. MANEJO DE LA HIPOGLUCEMIA NEONATAL. NUEVAS EVIDENCIAS.

B. Valverde Melero y col. Hospital Sanitas La Moraleja (MADRID)

29. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TACTO VAGINAL.

A. Pulido Arcas y cols. Hospital Cruz Roja (CORDOBA)

30. SATISFACCIÓN DE LAS MUJERES ATENDIDAS EN UN SERVICIO DE PARITORIOS.

M. Zamorano Agustín y cols. Hospital Universitario Miguel Servet (ZARAGOZA)

31. MANEJO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO PRECOZ.

V. Paredes Rubio y cols. H.C.U. Lozano Blesa (ZARAGOZA)

32. LIBERTAD DE MOVIMIENTOS DURANTE EL PARTO: POSICIÓN VERTICAL VS. LITOTOMÍA.

D. Rivas Macías y cols. C. S. Leganitos (MADRID)

33. ¡URGENCIA! ¡DISTOCIA DE HOMBROS!

C. T. Maján Sesmera y cols. Hospital Materno-Infantil (MÁLAGA)

34. ÓXIDO NITROSO: UNA ALTERNATIVA ANALGÉSICA EFICAZ EN EL PARTO.

M. I. Prieto Membrive y cols. H. U. San Cecilio (GRANADA)

35. ACREDITACIÓN ISO EN BLOQUE OBSTÉTRICO DE EL HOSPITAL SANITAS LA MORALEJA. MEDIDAS ADOPTADAS PARA OBTENER LA ACREDITACIÓN.

A. Nuñez Concepción y col. Hospital Sanitas La Moraleja (MADRID)

36. INMIGRACION Y LACTANCIA MATERNA.

M^{ra} D. Pozo Cano y cols. Facultad Ciencias de la Salud. Universidad de Granada

37. VIVENCIA DE LA SEXUALIDAD DURANTE EL CLIMATERIO EN EL HOSPITAL DE MÓSTOLES.

I. M^{ra} Moreno Serrano y col. H. U. de Móstoles (MADRID)

38. NACIMIENTO DESPUÉS DE UNA CESÁREA ANTERIOR. UNA AYUDA EFECTIVA.

I. Sánchez Casal. Complejo Hospitalario de Málaga

39. MEJORA DE LA ATENCIÓN PERINATAL A TRAVÉS DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS MATERNALES.

M. Hernández Rabal y col. Hospital Materno Infantil (MÁLAGA)

40. EL ROL DE LA MATRONA EN EL CLIMATERIO Y MENOPAUSIA.

A. Pulido Arcas y cols. Hospital Cruz Roja (CORDOBA)

41. CUIDADOS DE LA MUJER CON PATRONES SEXUALES INEFECTIVOS: INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN INTEGRAL.

J. A Arroyo Molina y col. Hospital Punta Europa Algeciras (CADIZ)

42. COMPARACIÓN DE LA ATENCIÓN AL PARTO NORMAL SOBRE MUJERES PRIMIGESTAS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO: MODELO HUMANIZADO VERSUS INTERVENCIONISTA.

R. Alfaro Blázquez. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. (ALBACETE)

43. INFLUENCIA DE LA MATRONA EN LA EDUCACIÓN SEXUAL A LO LARGO DEL SIGLO XX.

C. Cuerva Murillo y cols. Hospital Virgen de la Salud (TOLEDO)

44. SITUACIÓN ACTUAL DEL CUIDADO PRECONCEPCIONAL EN MUJERES DE ALBACETE.

V. Hernández Hernández y cols. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. (ALBACETE)

45. DONACIÓN DE SANGRE DE CORDÓN EN EL HOSPITAL DE HENARES.

J. Pascual Mayor y cols. Hospital de Henares (MADRID)



HOSPITAL CENTRAL DE LA DEFENSA

La Asociación Española de Matronas agradece la colaboración de las Entidades y Empresas que han facilitado la realización nuestro XV-Congreso Nacional

Colaboradores



el agua ligera



ACREDITACIÓN



Le NOTIFICO que tras completar el proceso de evaluación, las actividades docentes abajo indicadas fueron informadas favorablemente por la Comisión de Formación Continua de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid.

En atención a este dictamen, el Sr. Director General de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios emitió la Resolución de fecha 28/05/2012 que ACREDITA las 1 actividades docentes de formación continua que se relacionan:

Nº de expediente:	12 - 8460	4,1-créditos
Denominación:	XV Congreso nacional de matronas	
Seat / Tipo:	Madrid	PRESENCIAL
Fecha Inicio/ Fin:	21/06/2012	23/06/2012
Acreditado por:	Evaluación	

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

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

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

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

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

En Madrid a 29 de Mayo de 2012

D. José María Pérez Arévalo
Secretario Técnico de la Comisión

Resolución del Director General A.E: 28/05/2012 Notificación Secretaría Técnica C.F.C.P.A.C.M.: 29/05/2012

Dña. María Angélica Rodríguez Escobar Presidenta Asociación Española de Matronas Avda. Marqués de Posa, 11, 2º 28017 Madrid

EE-01-AA-07 CP 591-2019



REGISTRO DE SOLICITA
Ref: 07/012011.3/12 Fecha: 30/05/2012 13:18



Agencia Lain Entrenamiento
Agencia Agencia Lain Entrenamiento
Destino: Asociación Española de Matronas

00000-000-0000

ENFERMEDAD PERIODONTAL Y PARTO PRETERMINO

AUTORAS. Salcedo Clemos Lydia, Delgado Martin Isabel, Zamorano Agustín Marta, Monzón Muñoz Lucía.

OBJETIVO

Evaluar la posible relación entre la enfermedad periodontal y el parto pretérmino.

RESUMEN

Las semanas de gestación son un gran determinante en cuanto a morbi-mortalidad infantil dado que los recién nacidos prematuros tienen mayor riesgo de fallecer en los primeros días de vida, así como de padecer enfermedades neurológicas, digestivas, respiratorias, oftalmológicas,... además de problemas de comportamiento y/o alteraciones en el aprendizaje.

Hay diferentes factores de riesgo que influyen directamente en la posibilidad de acontecer un PP. El retraso de la edad materna para gestar, la etnia, el IMC materno previo, las gestaciones múltiples, el tabaco o factores socioeconómicos son algunos de los factores relacionados.

La salud materna también influye directamente en la posibilidad de acontecer una amenaza de PP, así pues, la incompetencia cervical, la preeclampsia, las infecciones sistémicas como la toxoplasmosis e infecciones locales como vaginosis o infecciones del tracto urinario, aumentan el riesgo de padecer un PP. Más del 50% de PP son por causas desconocidas y es lo que nos orienta hacia nuevas líneas de investigación.

En 1996, Offenbacher et al. introdujeron como hipótesis la posible relación entre enfermedad periodontal y PP. Posteriores estudios han sugerido que la enfermedad periodontal provoca una liberación de agentes patógenos y productos inflamatorios tales como las citoquinas, que a su vez afectan al tejido embrionario y al líquido amniótico. Teniendo en cuenta el hecho de que el tratamiento de la enfermedad periodontal es simple y seguro durante el embarazo, muchos estudios han examinado que la gestión activa de la enfermedad periodontal tiene un potencial efecto beneficioso sobre los resultados del embarazo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una exhaustiva revisión a través de diferentes bases de datos biomédicas: Pubmed, Cochrane library, Embase, Science Direct, LILACS, CUIDEN, entre otras. Los descriptores utilizados en la búsqueda fueron; "periodontal disease", "premature birth" También se revisaron los protocolos asistenciales y guías de práctica clínica de diferentes organizaciones profesionales de ámbito nacional SEGO, SEPA, AEPED.

RESULTADOS

La enfermedad periodontal se asocia con un mayor riesgo de PP compartiendo una relación causal.

Hay varias líneas de investigación, por un lado las Hipótesis Biológicas basadas en las evidencias epidemiológicas: propagación de bacterias, difusión de productos inflamatorios y respuesta inmune materno-fetal contra los patógenos orales. Y por otro la similitud de los factores de riesgo de parto pretérmino y de la enfermedad periodontal que pueden confundir la asociación entre periodontitis y PP.

La prevención sanitaria sobre cuidados orales es el mejor camino para prevenir las enfermedades orales y sus consecuencias durante el embarazo. En el caso de diagnosticarla durante el embarazo, las consultas sucesivas pueden ser positivas para disminuir el riesgo de un embarazo pretérmino. Además las periodontitis severas o agresivas pueden ser tratadas con Metronidazol o Amoxicilina en combinación con tratamientos mecánicos.

CONCLUSIONES

Las enfermedades periodontales se presentan como un factor de riesgo potencial para los PP por ello deberían ser contempladas en la atención a la mujer embarazada, tal y como se incluyen otros factores de riesgo modificables.

La cooperación entre matronas, obstetras y periodontólogos debe ser desarrollada con el fin de promocionar una detección precoz y posterior tratamiento en mujeres en edad fértil, en la consulta preconcepcional o durante el embarazo. Habrá que tener especial atención en mujeres en situación de riesgo con el objetivo de proporcionar un tratamiento precoz.

IMPACTO DE LA OBESIDAD MATERNA SOBRE EL EMBARAZO Y EL PARTO

AUTORA: Neira Sánchez, Alicia.

OBJETIVO

Revisar los conocimientos existentes basados en la evidencia científica acerca de las consecuencias que la obesidad tiene sobre el embarazo y el mecanismo del parto.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en la base de datos PubMed.

RESULTADOS

El método más común para determinar el grado de obesidad es el Índice de Masa Corporal (IMC), el cual se calcula en base al peso corporal en Kg. dividido por el cuadrado de la talla en metros, estableciéndose que existe sobrepeso cuando el IMC se encuentra entre 25-29.9 kg/m², obesidad cuando éste es mayor o igual a 30 kg/m² y obesidad severa o mórbida cuando es mayor o igual de 40 kg/m².

La obesidad es un conocido factor de riesgo para muchos problemas de salud, tales como, diabetes tipo 2, hipertensión arterial y enfermedad coronaria. Además de estos problemas, las mujeres obesas van a tener un mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo y parto.

Son numerosos los estudios que demuestran una asociación entre un IMC elevado y una gran variedad de complicaciones durante el embarazo, tales como diabetes gestacional, preeclampsia, trombosis, aborto y macrosomía., aumentando el riesgo conforme aumenta el IMC. Algunos estudios establecen la asociación entre obesidad y mayor riesgo de malformaciones congénitas, concretamente defectos del tubo neural, aunque los resultados no son concluyentes. También va a influir en el mecanismo del parto, de tal manera que se asocia un IMC elevado en el primer trimestre con gestaciones cronológicamente prolongadas y por tanto, con una mayor probabilidad de inducción. Además, la probabilidad de éxito de parto vaginal disminuye progresivamente según aumenta el IMC, habiendo mayor riesgo de cesárea y cuando ésta tiene lugar hay mayor riesgo de complicaciones operatorias, tales como infección, fenómenos tromboembólicos y complicaciones anestésicas. En cuanto a la hemorragia postparto, se ha establecido que cuando existe un IMC elevado se incrementa el riesgo de pérdida sanguínea en comparación con mujeres cuyo IMC era normal. En lo que respecta a la muerte fetal intraútero, numerosos estudios muestran la existencia de un mayor riesgo en mujeres obesas, siendo significativamente más alto según avanza la edad gestacional. En cuanto a neonatos nacidos de madres obesas, parece existir un mayor riesgo de apgar bajo al nacer, hipoglucemia y distocia de hombros. Además, existen indicios que indican un riesgo de transmisión de obesidad a la descendencia, aunque se precisan más estudios para establecer esta asociación.

CONCLUSIONES

La obesidad está asociada con un incremento significativo de efectos adversos tanto maternos como perinatales. Es de vital importancia manejar preconcepcionalmente y llevar a cabo programas de control de peso con la finalidad de prevenir todas estas posibles complicaciones.

¿COMPONENTES BIOACTIVOS DE LA LECHE MATERNA PARA LA PREVENCIÓN DE LA ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE?

AUTORAS: González Gómez, Azucena; Ariza Salamanca, María del Carmen; Pulido Arcas, Amparo.

OBJETIVO

- 1) Conocer los beneficios de la lactancia materna para la prevención de la Enterocolitis Necrotizante.
- 2) Identificar que componentes de la leche materna tienen un papel a destacar en esta patología.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica de las siguientes bases de datos, Trip Data Base, Cochrane Plus, PubMed, Cinahl y Google Académico. Se consultó un libro de texto de Enfermería Pediátrica

RESULTADOS

La prematuridad y el bajo peso son dos problemas de elevada prevalencia en la actualidad, entre un 10-12% del total de los nacimientos. Su importancia se debe al aumento de la morbi-mortalidad, y entre sus causas encontramos la inmadurez inmunológica y digestiva. Entre las principales patologías digestivas, se encuentra la Enterocolitis Necrotizante, que afecta a 1-3/1000 nacidos vivos, especialmente a recién nacidos prematuros. Se caracteriza por la aparición de una lesión isquémica a nivel intestinal, relacionado con múltiples factores de riesgo, entre los que encontramos la inmadurez digestiva, translocación bacteriana, alteración de la microflora intestinal y el factor infeccioso, entre otros. El tipo de alimentación, lactancia materna o leche de fórmula, afecta a los factores anteriores. El intestino de los recién nacidos que son alimentados con lactancia materna, contiene principalmente lactobacilos y bifidobacterias. Además, la leche materna contiene oligosacáridos que promueven el crecimiento de la flora intestinal saprófita, mejorando con todo ello la tolerancia enteral, sobre todo, en recién nacido prematuros.

La leche materna contiene multitud de elementos bioactivos (afectan a procesos fisiológicos, influyendo en la salud del individuo), con función directa para la prevención de la Enterocolitis Necrotizante, como son:

- Proteínas: Lactoferrina (actividad antimicrobiana y antioxidante), Lisozima (actividad antimicrobiana) e Inmunoglobulinas A, G y M (protección inmunológica).
- Lípidos: ácidos grasos de cadena corta (función antimicrobiana).
- Oligosacáridos: Prebióticos.
- Poliaminas: maduración y desarrollo del epitelio intestinal. Inmunomodulación.
- Nucleótidos y nucleósidos: desarrollo y funcionamiento del epitelio intestinal. Inmunomodulación.
- Probióticos: Colonización del intestino, protección frente a infecciones, desarrollo del sistema inmunológico.

Estos componentes bioactivos o funcionales de la leche materna, son los que la diferencian de la leche de fórmula.

En recién nacidos prematuros que no pueden comenzar precozmente la alimentación enteral, en especial, aquellos ingresados en unidades de cuidados intensivos, hay que tener especial atención en el comienzo de la alimentación, en cuanto al tipo y cantidad, intentando promocionar la lactancia materna.

CONCLUSIONES: La labor de la matrona en la prevención de la Enterocolitis Necrotizante es de gran importancia, a través de la promoción de la lactancia materna. Todas las gestantes deben ser aconsejadas de los beneficios de la lactancia materna, no sólo para esta patología, sino a nivel general, prestando especial atención a los recién nacidos prematuros.

Otro aspecto a tener en cuenta son las madres que no pueden lactar a sus bebés, bien por problemas médicos y por largas estancias hospitalarias de sus bebés, para las que los bancos de leche serían una gran oportunidad a explotar.

RECOMENDACIONES AL PARTO NORMAL EN ESPAÑA: DESCUBRIENDO LAS DIFERENCIAS.

AUTORAS: Ballesteros Calero Coral, Velázquez López Raquel, Luque Díaz Magdalena.

INTRODUCCIÓN

A pesar de disponer de guías de práctica clínica, protocolos y recomendaciones de organismos oficiales, es bien sabida la diversidad del actuar profesional en los diferentes centros destinados a la atención de las mujeres en trabajo de parto normal, así como entre los distintos profesionales dentro de un mismo centro.

OBJETIVO

Establecer puntos comunes y discrepancias entre las principales recomendaciones en la atención al parto normal en las diferentes guías y protocolos de referencia en España.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica de las principales recomendaciones en la asistencia al parto normal propuestas por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), la Iniciativa al parto normal de la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad y Política Social y la Guía Práctica de la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como las nuevas recomendaciones a través de la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS.

RESULTADOS

Dilatación:

- Se establece criterio común de admisión en partos: dinámica uterina regular, dilatación de 3-4cm y borramiento mayor del 50%.
- Facilitar el acompañamiento durante el parto. Hay discrepancias en cuanto a las consecuencias de esta recomendación.
- Se recomienda que los partos de bajo riesgo sean atendidos por una misma matrona desde su ingreso y de forma continua.
- Se aconseja ingesta de líquidos claros, preferiblemente bebidas isotónicas. Hay diferencias en cuanto a los alimentos sólidos.
- No se recomienda como práctica de rutina el uso de enema y el rasurado perineal. Tampoco la amniorrexia ni la perfusión de oxitocina en partos vaginales que progresan de forma normal.
- No hay consenso respecto a la canalización de vía venosa periférica, perfusiones intravenosas de rutina, el uso o no de partograma y la frecuencia en el número de tactos vaginales.
- Evaluar de forma periódica las constantes vitales. No se establece consenso respecto a la frecuencia en su evaluación.
- La monitorización electrónica fetal continua, intermitente y la auscultación fetal intermitente (doppler o estetoscopio) son válidas en el control del bienestar fetal durante el parto. Se recomienda monitorización continua ante signos de alarma o intervención del parto. Hay diferencias respecto a las indicaciones de cada técnica, y los tiempos de referencia en la auscultación intermitente.
- Se debe alentar a las mujeres a adoptar diferentes posiciones en las que se sientan cómodas.
- Se recomienda ayudar a la gestante en el alivio del dolor durante el proceso del parto.

Expulsivo:

- No hay consenso respecto a los límites de tiempo recomendables en la etapa expulsiva, las divergencias son muy llamativas.
- Se recomienda la posición que la mujer elija durante este periodo.
- Esperar a que la mujer sienta ganas de empujar o haya concluido la fase pasiva del expulsivo. Se recomienda el pujo espontáneo.
- No se establece consenso respecto a la técnica más recomendable para la protección del periné.
- No se recomienda la realización de masaje perineal durante la 2ª etapa del parto ni la práctica rutinaria de episiotomía.
- Se aconseja realizar sutura continua en desgarros de 2º grado y sutura intradérmica continua en piel. Hay diferencias respecto al material de sutura recomendable (sintético de absorción normal o de absorción rápida).
- No se recomienda la maniobra Kristeller.

Alumbramiento:

- Se recomienda manejo activo del alumbramiento y uso de oxitocina parenteral como uterotónico de elección. No se establece acuerdo en la vía de administración de elección (intramuscular o intravenosa).

Cuidados del recién nacido:

- Se recomienda pinzamiento tardío del cordón umbilical, aunque no se establece consenso respecto al tiempo.
- Se recomienda el contacto piel con piel inmediatamente tras el nacimiento e iniciar la lactancia materna lo antes posible, preferiblemente dentro de la primera hora postparto.

CONCLUSIONES

La mayoría de los puntos de mayor relevancia en la asistencia al parto normal de los diferentes organismos coinciden en las recomendaciones propuestas. Existen prácticas entre las que no existe consenso y que, por tanto, serían susceptibles de revisión para la elaboración de directrices comunes. Esto, probablemente, conllevaría una mejora de la calidad asistencial.

LA MATRONA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO. PROPUESTA DE UNA INTERVENCIÓN PREVENTIVA DESDE LA UNIDAD DOCENTE DE SALAMANCA

AUTORAS: González Fernández-Conde María del Mar, Fraile Alonso Fabiola, Fernández Vega Elena, González Pardo Lorena, Merino Rúa Laura.

OBJETIVO

Contribuir a la prevención de la violencia de género en la adolescencia desde el ámbito de la especialidad.

MATERIAL Y MÉTODO

La única estrategia de prevención primaria que ha demostrado cierta efectividad en la prevención de la Violencia de Género ha sido el desarrollo de programas escolares. Por este motivo, la unidad docente de Salamanca, desde su asignatura de Educación para la Salud se planteó realizar en un centro docente un programa escolar de prevención de la violencia de género. Para desarrollar este objetivo del Programa Escolar se ha seleccionado el material del Maletín =a2 (Igualados) Fórmulas para la Igualdad, del Proyecto Némesis. Fundación mujeres. Autora Eva M^a de la Peña Palacios. Disponible en <http://www.fundacionmujeres.es/maletincoeducacion>, al que se han añadido videos de sensibilización.

Sujetos: 286 alumnos/as (rango de edad 12.4 -16.5). Distribución por sexos: 46.5% varones y 53.5 % mujeres.

Se han realizado 3 sesiones en cada curso de ESO (de 1º a 4º) impartidas por una matrona y por EIR de la unidad docente, en las horas de tutoría durante este curso escolar 2011-2012 de Noviembre a Marzo. Sobre el equipo docente del instituto se realizó también una intervención sensibilizadora a principios de Noviembre en la que se explicaba el desarrollo del programa preventivo.

La evaluación del programa se ha realizado desde una perspectiva cualitativa mediante la creación de dos grupos de 12 personas con 2 alumnos/as de ambos sexos elegidos por sorteo de cada curso escolar. Un grupo formado por los alumnos de 1º y 2º de ESO y otro por los de 3º y 4º. De forma paralela se realizó otra evaluación con el grupo de tutores, director, jefe de estudios y la orientadora del instituto, también desde una perspectiva cualitativa.

RESULTADOS

Los resultados muestran que el alumnado está muy satisfecho con la intervención realizada (9.1 de media en una escala de 0-10). A través de sus opiniones muestran que el programa ha servido para que identifiquen los estereotipos de género, la desigualdad entre hombres y mujeres, la no corresponsabilidad en las tareas domésticas y para conocer qué es la Violencia de Género y crear una actitud de rechazo hacia ella.

El equipo directivo y docente del instituto muestra también una alta satisfacción (9.2 de media). Creen que la intervención sobre los alumnos/as ha servido para sensibilizarles a ellos mismos sobre la importancia del tema, de tal manera que han solicitado una formación específica para el curso que viene.

CONCLUSIONES

La matrona es un profesional sanitario que debe estar implicado/a en las facetas preventivas y de promoción de la salud sexual de los/las adolescentes, siendo la violencia de género uno de los campos importantes dónde actuar. La evaluación demuestra la gran aceptación que tiene la intervención de la matrona en el ámbito escolar. Creemos que se ha contribuido de una manera positiva a la prevención de la violencia de género, aunque somos conscientes de que es necesario dar continuidad a las intervenciones (durante toda la estancia escolar, de 1º a 4º de la ESO) y evaluarlas.

CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA Y GINECOLÓGICO A TRAVÉS FILATELIA.

AUTORES: *M^a Rosa Rozas García, Jorge Costa Pueyo*

OBJETIVO

Averiguar la difusión mundial de sellos que contienen imágenes relacionadas con la prevención del cáncer de mama y ginecológico.

Describir los elementos iconográficos que aparecen en las estampas y contextualizarlos con las campañas de salud o el motivo por el cual se emitieron.

MATERIAL Y MÉTODO

Consulta de bases de datos de los servicios postales mundiales, catálogos y webs de filatelia. Búsqueda en PubMed de artículos relacionados con el tema. Clasificación de los sellos por país, año de emisión y motivo representado.

Documentación de las imágenes. Análisis cuantitativo y cualitativo de las ilustraciones.

RESULTADOS

Entre 1976 y 2012 localizamos 59 sellos, 51 dedicados a la prevención del cáncer de mama, y 8 relacionados con el cáncer ginecológico. La distribución geográfica es la siguiente: Europa (30); Asia (7); África (3); América (16) y Oceanía (3).

La mayoría de estampas corresponden a campañas de prevención en las que aparecen ilustraciones de autoexploración mamaria. También encontramos imágenes de: mamografías, aparatos de radioterapia, hospitales para el tratamiento del cáncer y réplicas de obras de arte mostrando desnudos femeninos. Muchos de los sellos incluyen el "lazo rosa", distintivo del cáncer de mama.

Destacamos un sello emitido en 1998 en Estados Unidos, para la recaudación de fondos de ayuda a la investigación del cáncer de mama, y que ha sido impreso en 13 países hasta la fecha (EEUU, Hungría, Kosovo, Serbia, Macedonia, Austria, Belize, Grenada, El Salvador, Gambia, Kenia, Jordania y Micronesia).

Respecto al cáncer ginecológico, sólo encontramos tres imágenes dedicadas a la prevención del cáncer de cuello uterino, tres estampas en homenaje a George Papanicolaou y a sus trabajos en el campo de la citología cervical, un sello dedicado al descubrimiento del virus del papiloma, y una imagen que muestra un cáncer de ovario.

Observamos profesionales de la salud únicamente en tres sellos, con imágenes que muestran la realización técnicas de diagnóstico o el acompañamiento a la mujer durante el proceso.

CONCLUSIONES

Los motivos que aparecen en los sellos de correos reflejan aspectos socioculturales del país, que incluyen la salud de la población. Entre estos aspectos se encuentra el cáncer de mama por su prevalencia e importancia a nivel mundial.

Debido a su amplia difusión en todo el mundo, los sellos son unos eficaces mensajeros de los aspectos preventivos y diagnósticos de esta enfermedad, sobre todo en los países en desarrollo. Además, las imágenes y mensajes que contienen las estampas refuerzan la educación para la salud que la matrona proporciona a la mujer. Por otro lado, constituyen una estrategia útil en la obtención de fondos para el tratamiento y la investigación, motivo por el cual han sido ampliamente utilizados como agentes de educación para la salud en las campañas de prevención del cáncer de mama y ginecológico.

Es por ello que, aunque la emisión global de sellos ha descendido por el aumento del uso del correo electrónico, los sellos que incluyen la prevención de problemas de salud siguen emitiéndose en todos los países del mundo.

ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE LA PÍLDORA POSTCOITAL COMO ESTRATEGIA PARA DISMINUIR EL NÚMERO DE IVE'S EN ESPAÑA Y RESTO EUROPA.

AUTORES: M^a Carmen Ariza Salamanca, Azucena González Gómez y Amparo Pulido Arcas

OBJETIVO

Describir la utilidad del libre acceso a la anticoncepción de emergencia o popularmente conocida como “píldora del día después” como estrategia para tratar de disminuir el número de IVE's en España recogida por la Ley Orgánica de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Así como describir los resultados de esta estrategia en el resto de Europa.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Medline, Cochrane, trip database y google académico.

RESULTADOS

El jueves 4 de marzo de 2010 fue publicado en el Boletín Oficial del Estado la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, que recoge en su capítulo II medidas en el ámbito sanitario que han suscitado una gran polémica (BOE,2010). Las medidas más conflictivas son:

- Garantía de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo de las jóvenes de 16 y 17 años, con el requisito de informar a un tutor/a y pudiendo obviarse el mismo en caso de que esta información suponga un conflicto grave para la misma.
- Libre acceso a la anticoncepción de emergencia ó popularmente conocida como “píldora del día después”.

La anticoncepción de emergencia se define como: la utilización de un fármaco o dispositivo con el fin de prevenir un embarazo después de una relación sexual “desprotegida” (aquella en la que no se ha utilizado ningún método anticonceptivo o éste ha fallado) (López del Burgo, 2008). El objetivo del libre acceso a la anticoncepción de emergencia o popularmente conocida como “píldora del día después” es tratar de disminuir el número de IVE's en España, que presenta un crecimiento constante desde 1992. Esta Ley surge después de un Estudio Sociológico elaborado por el Observatorio de Salud de la Mujer (Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, 2005). La pregunta de esta investigación era la siguiente: “¿cómo es que existiendo una información creciente sobre métodos anticonceptivos, sigue incrementándose el número de IVE's en las jóvenes menores de 24 años?”.

En España la píldora postCoital empieza a comercializarse en Mayo del año 2001, desde entonces ha ido adquiriendo progresivamente mayor importancia tanto a nivel social (conocimiento de la misma por parte de la demandante) como por haberse convertido en la pauta preferida por los profesionales sanitarios para prevenir embarazos no deseados (gonzáles-Mohíno. 2006). La empresa Internacional Medical Statistics (IMS) es la responsable de la distribución de la píldora postcoital en los Hospitales y Farmacias españolas, por lo que supone la única fuente de información directa relativa al consumo de píldora postcoital en España. Una medida que nos proporciona información relativa a la relación entre el uso de anticoncepción de emergencia y la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) es la ratio píldora postcoital/IVE, la media de la ratio nacional en menores de 24 años es 6, en cambio, en Granada se consumen 2,5 píldora postcoital por cada IVE. Desde que se hace efectiva la venta libre de la píldora postcoital en España se triplica su venta en farmacias, hasta el mes de agosto se distribuían aproximadamente 20000 píldoras postcoitales/mes y se pasó a partir del mes de octubre a 60000 píldoras postcoitales/mes, el último dato es de Julio de 2011 en el que se distribuyeron 67757 píldoras postcoitales (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

Además en la revista “Journal of Neurology” se han publicado casos de trombosis venosa de retina, oclusión de la arteria carótida común derecha e infarto a nivel de la arteria cerebral media en mujeres menores de 35 años que habían utilizado la anticoncepción de emergencia en las horas previas y en las cuales no se identificaron otros factores de riesgo.

CONCLUSIONES

La evidencia científica disponible no ha puesto de manifiesto una disminución de las IVE facilitando el acceso a la píldora postcoital, además hay estudios que han puesto de manifiesto que entre las mujeres que acuden a abortar es más frecuente haber tomado píldora postcoital (Black y cols., 2006; Churchill y cols., 2000; Lakha y Glasier, 2006).

RESULTADOS MATERNO-FETALES CON EL USO DE LA POSTURA MATERNA MANOS-RODILLAS PARA CORREGIR LA POSICIÓN FETAL OCCIPITOPOSTERIOR DURANTE EL PARTO: ENSAYO CLÍNICO.

AUTORAS: Cristina Yolanda Molina Reyes, Encarnación Martínez García, Isabel Jiménez Barragán.

OBJETIVO

Valorar los resultados materno-fetales del uso de la postura materna “manos-rodillas” (MR) durante el parto para corregir la posición fetal occipito-posterior (OP), comparándola con la postura materna “decúbito lateral hacia la espalda fetal” (DL).

MATERIAL Y MÉTODO

El ensayo clínico multicéntrico se realizó en tres hospitales de Andalucía (España). Se incluyeron en el estudio 135 mujeres diagnosticadas de posición fetal OP persistente durante el parto. Mediante asignación aleatoria, 70 mujeres adoptaron la postura DL y 65 la postura MR, durante un mínimo de 30 minutos.

RESULTADOS

Para un intervalo de confianza del 95 % y significación estadística para $p < 0.05$, no existe diferencia estadísticamente significativa entre la rotación fetal a OA de ambas posturas ($p=0.975$), siendo del 80 % en DL vs 81.5 % en MR. Gran influencia en el tipo de terminación del parto con las posturas DL ($p=0.002$) vs MR ($p<0.005$): 75.7 % vs 64.6 % eutócicos (OR=1.7, intervalo de confianza (IC) del 95 % = 0.809-3.597), 15.7 % vs 30.8 % instrumentales (OR=0.4, IC 95 % = 0.183-0.963) y 8.6 % vs 4.6 % cesáreas (OR=1.9, IC 95 % = 0.464-8.064). Cuando se consiguió la rotación fetal, hubo gran reducción de episiotomías en ambas posturas en relación con la postura de litotomía (45 % en litotomía, 13% en DL y 0% en MR) y aumento de periné íntegros (13.3 % en litotomía, 38.5 % en DL y 22.2 % en MR) ($p<0.001$). En relación con el bienestar fetal, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de pH arterial ($p=0.744$) y el test de Apgar al min ($p=0.189$), con medias de pH=7.25 y Apgar al min de 9 en ambos grupos.

CONCLUSIONES

La postura MR es tan eficaz como la DL para la rotación fetal a OA, mejorando los resultados materno-fetales del parto en OP, con gran reducción de cesáreas y episiotomías.

PATOLOGIA PSIQUIATRICA EN UNA GESTANTE: A PROPOSITO DE UN CASO

AUTORES: Manuel Murillo Molina, Emilia Murillo Monterroso, Inmaculada Albert Serrano.

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es el trastorno de personalidad cuyo manejo y tratamiento es de los más complejos con los que se encuentra la salud mental.

La característica esencial del TLP es un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, el afecto, la autoimagen acompañado de un escaso control de los impulsos, de inicio frecuente en la etapa adulta, que causa un malestar significativo y genera una desadaptación social, ocupacional y funcional general. Los criterios diagnósticos (DSM-IV, APA, 1994) sería los siguientes:

Patrón de relaciones inestables e intensas caracterizado entre la idealización y la devaluación. Impulsividad. Inestabilidad afectiva, alternando episodios de disforia, irritabilidad o ansiedad. Ira inapropiada e intensa o dificultad para controlarla. Comportamientos intensos o suicidas. Alteración de la identidad, inestabilidad acusada y persistente de la autoimagen i/o el sentido de sí mismo. Sentimientos de vacío. Esfuerzos por evitar un abandono real o imaginado. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Entre los tratamientos actuales encontramos los **farmacológicos**, debido a la gran diversidad en la psicopatología, estos pacientes son candidatos a distintos grupos de fármacos: ISRS, ADT, antipsicóticos clásicos, atípicos, anticomociales, benzodicepinas.

Tratamientos **psicosociales**, la evidencia del ttº terapéutico efectivo proviene de la terapia dialecticoconductual de Linehan 2,3, de la psicoterapia psicodinamica de Kernberg 1 y de la psicoterapia interpersonal. Entre estas, terapia psicodinámica, cognitivoconductual (TCC), de grupo y familiar.

Tratamientos **hospitalarios**, en la actualidad el resultados más efectivo lo encontramos en la hospitalización parcial (hospital de día). Las hospitalizaciones prolongadas generan un aumento de conductas de dependencia y pasividad, potencian los aspectos más regresivos de los pacientes, dificultando su rehabilitación social, relacional y personal.

Por lo respecta al embarazo, los cambios producidos a nivel psicológico son más que importantes debido a cambios en los niveles de neurotransmisores que aparecerán alterados por los cambios hormonales. Estos cambios afectaran a nivel personal, social y sobre todo a nivel de la salud mental. Durante el primer trimestre, es frecuente sentimientos de ansiedad, cambios de humor, fluctuación emocional importante 4. Hacia el final de la gestación domina la inquietud, el miedo, insomnio...

OBJETIVO

Describir el curso y evolución de una paciente diagnosticada de TLP durante un proceso de gestación

MATERIAL Y MÉTODO:

Análisis descriptivo del seguimiento del control gestacional y la HC de salud mental de una paciente con diagnostico de TLP.

RESULTADOS

Mujer 32 años, pareja estable, buen ajuste personal y familiar, 1 hijo de 4 años. Consciencia del trastorno y buena adherencia al ttº. Inserción laboral parcial. Gestación deseada, al conocer gestación abandono del ttº farmacológico, seguimiento del psicosocial. A mitad gestación reaparece clínica depresiva grave, ideaciones suicidas, desadaptación al entorno familiar y social. Persiste negativa al ttº fármaco. Dificultad por parte del equipo de reajuste emocional, predominio de comportamientos disociados, déficits de regulación de afectos, abandono de alimentación, higiene...

A la 35 Sg el equipo obstétrico decide la finalización de la gestación mediante inducción al parto. Parto eutócico. A las 3 horas postparto realiza intento autolítico en la unidad de ginecología. Traslado a la unidad de ingresos agudos de psiquiatría.

CONCLUSIONES

La patología TLP repercute de forma directa en la evolución y vivencia de la gestación y el seguimiento de la misma. Condiciona la vivencia personal y determina la forma de parto. Es fundamental potenciar la adherencia al tratamiento psicoterapeutico para evitar reagudización de la clínica.

LEY DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y SU INFLUENCIA EN LAS INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO

AUTORES: Elena Ávila Cuadros, Encarnación Martínez García, M^a Dolores Pozo Cano

OBJETIVO

Determinar si con la implantación de la Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo aprobada el 3 de Marzo de 2010 que introduce la posibilidad de acceder a una IVE antes de las 14 semanas “A petición de la mujer”, está contribuyendo a una mayor claridad en los verdaderos motivos por los que las mujeres toman esta decisión, y si las tasas de IVE con esta mayor flexibilidad de la ley, han aumentado en nuestro país.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una revisión de los Informes oficiales sobre IVE publicados por el Ministerio de Sanidad en los últimos cuatro años, analizando la evolución de la tasa de IVE por cada mil mujeres entre 2001 y 2010 teniendo en cuenta las siguientes variables: edad, estado civil, nivel de instrucción, abortos previos, edad gestacional, motivo de la interrupción y país de nacimiento.

RESULTADOS

En 2010 España tiene la tasa de IVE por cada mil mujeres en 11,49, la misma de 2007 y ha disminuido con respecto a los dos años anteriores. Las más elevadas las muestran las mujeres entre 20-24 años, si bien ha disminuido en menores de 25 años y aumentado por encima de esta edad. Ser soltera, con un nivel de instrucción de segundo grado/ 1er ciclo, y con 8 o menos semanas de gestación, son las variables que no varían. Aumenta el número de mujeres con un aborto previo y las de procedencia europea, mientras las españolas han disminuido la tasa en el año 2010. Hasta el 4 de Julio de 2010 el principal motivo de IVE era la Salud Materna (97%), pero desde entonces disminuye al 50% y por petición de la mujer es del 43%.

CONCLUSIONES

La ley de Salud Sexual y Reproductiva no ha producido un efecto al alza en las tasas de IVE en nuestro país y ha permitido poner de manifiesto que la principal causa de IVE aducida hasta ahora, estaba ocultando un número importante de mujeres que en realidad no presentaban ningún tipo de patología. Simplemente deseaban hacerlo, pero se veían obligadas a acogerse al supuesto de “Salud Materna”. Esta mayor transparencia en los motivos por los que las mujeres toman esta decisión, debería llevar a los servicios socio-sanitarios a enfocar programas dirigidos a una mayor información sobre planificación familiar, fundamentalmente entre mujeres jóvenes y de procedencia extranjera.

CONTENTS



XV - Congreso Nacional de Matronas

Madrid, 21 al 23 de Junio de 2012

"Mucho por encajar"



Freije Alonso Fabiola, Fernández Vega Elena, González Pardo Lorena, Marino Rúa Laura, González Fernández-Conde María del Mar

LA MATRONA Y LA EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL EN LA ESCUELA. UNA EXPERIENCIA EN LA UNIDAD DOCENTE DE SALAMANCA

OBJETIVOS

IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL EN LAS AULAS



DISEÑAR INTERVENCIONES EDUCATIVAS EN EL MEDIO ESCOLAR

PROMOVER ACTITUD RESPONSABLE EN LA SEXUALIDAD

SEXUALIDAD DEL ADOLESCENTE

PREVENIR RIESGOS

DESARROLLAR EL PAPEL DE LA MATRONA EN LA EDUCACIÓN SEXUAL

MATERIAL Y MÉTODO

PROGRAMA EDUCATIVO

COORDINACIÓN DOCENTES - ATENCIÓN PRIMARIA
UNIDAD DOCENTE SALAMANCA - CENTRO DE APS



MUESTRA: todos los alumnos de 1º-4º ESO
• 103 adolescentes : edad media (12,4-16,8)
• 52,8% mujeres, 47,2% varones.



DURACIÓN: 4 años (1º - 4º ESO)
• Sesiones 45 min en tutorías. 40 Horas.
• Diversas intervenciones por curso y año



MATERIAL UTILIZADO: según edad
Colectivo Harimaguada, Multimedia Sexpresión ,
Programa Construyendo Salud



EVALUACIÓN PERSPECTIVA CUALITATIVA

Grupo de 9 personas (elegidos al azar): opiniones,
conclusiones y elementos de mejora.
(evaluación grado de satisfacción del alumnado y profesorado [escala de 1-10])



RESULTADOS

ACTIVIDADES MEJOR ACEPTADAS

Videos, estudios de casos, la primera vez, zonas corporales de placer sexual.
Práctica del uso del preservativo: "clarificadora"

OPINIONES DE LOS JÓVENES

- Han mejorado sus conocimientos respecto a la sexualidad y la prevención de riesgos.
- Han empezado a hablar sobre la ética básica en las relaciones en pareja
- Identifican los valores necesarios para vivir la sexualidad plenamente y con criterios de salud.
- Les ha gustado hablar con naturalidad del: amor, la afectividad, el placer.

ELEMENTOS DE MEJORA

Proponen más videos
Más casos prácticos

GRADO DE SATISFACCIÓN MEDIA

Alumnado: 8,8
Profesorado: 9,2 (los/las adolescentes escuchan mejor a profesionales como las matronas a las que consideran expertas en sexualidad)



MATRONA

IDENTIFICADA como el profesional al que acudir si precisan ayuda

CONCLUSIONES

La intervención educativa ha sido muy bien recibida y valorada, tanto por el alumnado como por el profesorado .

Los EIR han incorporado dentro de la asignatura de Educación para la Salud, la realización de las prácticas del programa de educación afectivo-sexual en la escuela.

Los adolescentes identifican la figura de la *matrona como educadora en sexualidad* y como lugar de referencia donde recibir asesoramiento en momentos de crisis.

PUERPERIO EN LA RED



Nancy Calvo Sarz,
Matrona C.S. los Cármenes Madrid

OBJETIVO: *Crear un espacio virtual de encuentro entre mujeres puérperas que acuden al grupo de crianza del centro de salud, para prolongar la atención y sostén que reciben estas mujeres.*



INTRODUCCIÓN

El puerperio es considerado, usualmente, como un período de desequilibrio para la mujer después del parto. Es un período de múltiples dudas y una importante necesidad informativa. En sociedades donde las mujeres se hacían cargo comunitariamente de la crianza de los niños, el puerperio funcionaba como un tiempo de reposo y de atención exclusiva para el recién nacido.

Nuestra realidad social es otra. Todas las puérperas necesitan una red, una comunidad femenina para cuidarse, para no desmoronarse a causa de las heridas físicas y emocionales que dejó el parto.



DESARROLLO

El avance en las nuevas tecnologías brinda una oportunidad para el acercamiento entre personas, esta circunstancia puede ser dirigida para estrechar la relación entre las recién estrenadas mamás y crear su propia red de apoyo y sostén.

Para llevar a cabo esta iniciativa creamos un grupo en Facebook, cuyo nombre, "MAMATERAPIA; CADA DÍA UNA AVENTURA" fue decidido y elegido por las integrantes del grupo de Crianza del Centro de Salud. Nombramos a una mamá como administradora, para que ellas mismas organizarán las nuevas incorporaciones. En las reuniones semanales del grupo presencial se invita a participar a las nuevas mamás. El papel de la matrona es dar apoyo y reforzar aquellas respuestas que se dan entre ellas mismas. Resolver posibles cuestiones que se queden en el aire, así como crear documentos que les aporten información detallada de los temas que demandan.

CONCLUSIONES: *Las mujeres que han utilizado ésta herramienta se sienten muy satisfechas y apoyadas. Por un lado se resuelven múltiples dudas. Por otro lado tienen contacto con otras mujeres que sienten y atraviesan las mismas vivencias; crean comunidad y red. Existe una alta participación de aquellas mujeres que no pueden continuar acudiendo al grupo de crianza, en el centro de salud, porque se han incorporado al trabajo tras su permiso maternal, de esta manera no pierden contacto con el grupo y se encuentran sostenidas y entendidas en sus circunstancias. : Me parece una forma muy útil de comunicación entre matronas y mujeres de una población. De esta forma podemos acercarnos más a ellas, a sus necesidades.*

BIBLIOGRAFIA:

Gutman Laura: Puerperios Y Otras Exploraciones Del Alma Femenina. 2004
Gutman, Laura. La Revolución De Las Madres: 2011
González Carlos. Bésame Mucho. 2003
Navarro Abril Virginia , Miguel Ibáñez. Patruka: Matronas Y Espacios De Comunicación. 2011
Amoro Hurtado, Begoña Fernández Llavador, M José y Pérez Montesinos, M Luz. Puerperio: Valoración de las necesidades sentidas al alta.95



ACEPTABILIDAD Y TOLERABILIDAD DEL USO DEL IMPLANTE SUBCUTÁNEO CONTRACEPTIVO EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD DE SEVILLA

María José Espinaco Garrido, José Roman Oliver y Purificación Espinaco Garrido
Matronas Distrito Sanitario Sevilla

INTRODUCCIÓN: El implante subcutáneo de etonogestrel es uno de los métodos anticonceptivos más eficaces (índice de Pearl de 0,08). Constituye una buena alternativa en mujeres que se desaconseja el uso de estrógenos, presentan difícil cumplimiento de otros métodos, con abortos de repetición, discapacidad psíquica, violencia de género, embarazos no deseados llevados a término, malas cumplidoras de pautas socio-sanitarias de ella o sus hijos.

MATERIAL Y MÉTODO

- Estudio de cohortes prospectivo y seguimiento.
 - Participan 212 mujeres entre 15 y 43 años de edad a las que se le insertó el implante durante los años 2009-2011.
 - Se utiliza un cuestionario pre y post-implante.
- Estudio de variables con tablas de frecuencia y estadístico ji cuadrado.

OBJETIVO

Conocer los motivos de inserción, retirada precoz, aceptabilidad y tolerabilidad del uso del implante subcutáneo en las mujeres de una zona básica de salud que incluye una zona de riesgo de exclusión social.

RESULTADOS:

- Como motivo de la inserción, el 34,20% manifestó por dificultad en el cumplimiento de otros métodos.
- El 41,80% por intolerancia y el 52,40% por bajos recursos económicos.
- Se retiraron precozmente un 3,62% y como motivo, el 61,70 por intolerancia al patrón de sangrado y el 35,23 por deseo de un nuevo embarazo.
- Una tasa de continuidad del 96,38%.
- Tolerabilidad del 97,50%.
- El 100% lo consideró como un método seguro.
- Y como un método sobresaliente el 83,42%.

CONCLUSIONES: El implante puede considerarse como un método anticonceptivo seguro y tolerable. Con una gran aceptación entre la población estudiada. Se ha alcanzado un resultado excelente en el uso del implante subcutáneo insertados por la matrona del centro de salud. Más del 90 % de las mujeres se lo volverían a insertar tras pasar la fecha de caducidad. De todos los implantes insertados no se ha comunicado ningún embarazo que hace referencia a una alta eficacia del método.



FACTORES DE RIESGO PSICOLÓGICOS DE LA DISMENORREA PRIMARIA: UN ESTUDIO PILOTO.

Dorrego M J¹, Fernández-Miguez M², Pérez González¹, Jurguita Saulyte³, Regueira C³

¹Centro de Salud de Vite de Santiago de Compostela (A Coruña)

²Centro de Salud de Ribeira (A Coruña)

³Área de Medicina Preventiva y de Salud Pública, Universidad de Santiago de Compostela, (A Coruña)

La dismenorrea primaria es uno de los trastornos ginecológicos más frecuentes en todo el mundo, especialmente en la adolescencia. Su presentación clínica es de severidad variable, pudiendo llegar a ser incapacitante. Esta alteración puede perturbar la calidad de vida de las mujeres y causar síntomas y malestar físico y psíquico con importantes repercusiones en el entorno familiar, social y económico. Se ha avanzado mucho en el conocimiento de esta patología, sin embargo y pese a que siempre se le atribuyó un componente páquico, se sabe poco sobre la influencia de los factores psicológicos y de personalidad.

OBJETIVO

Examinar la influencia del estrés percibido y ánimo negativo, factores pertenecientes al estrés psicológico, en la aparición de episodios de dismenorrea.

MÉTODO

Se muestran los resultados preliminares de un estudio de casos y controles con casos incidentes de 1 año de duración. Hasta el momento se recogieron los datos de 288 mujeres que acudían a la consulta de la matrona en los Centros de Atención Primaria de Vite y de Ribeira del Servicio Galego de Saúde. La recogida de la información se realizó mediante un cuestionario auto-completado consistente en los siguientes apartados: a) Datos sociodemográficos y factores constitucionales, b) Síntomas de la última menstruación y c) Preguntas mediante las cuales construir los factores de riesgo estudiados. La participación en el estudio previa firma del consentimiento informado, fue totalmente voluntaria y anónima.

La determinación de la exposición se realizó mediante las preguntas del cuestionario que evaluaban las exposiciones anteriores a la fecha de la última menstruación. Se construyeron las siguientes variables: estrés percibido durante los últimos 3 meses mediante 4 preguntas de la escala de Cohen (1995)¹, validada en 2001 en una población española² y ánimo negativo.³ Consideramos como caso de dismenorrea aquella puntuación que superaba el valor de 2,5 (en una escala de 1 a 5) y presentaba regularidad menstrual. Para ello, hemos incluido las preguntas relacionadas con los síntomas físicos del cuestionario original de Chesney y Tait⁴ y ponderadas mediante los coeficientes de correlación estrados del trabajo de Hegitt⁵.

Se realizó la lectura óptica de los cuestionarios mediante el programa informático Remark Office v. 3.0 y se construyó una base de datos eligiendo 2 controles de la misma edad para cada caso. Los controles para cada caso y sus intervalos de confianza al 95% se obtuvieron con el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) v. 15.0.

Estrés Percibido	OR	IC 95%
1º tercil	1,00	Referencia
2º tercil	1,42	0,90-2,23
3º tercil	1,75	1,11-2,76

Ánimo Negativo	OR	IC 95%
1º cuartil	1,00	Referencia
2º cuartil	1,42	0,94-2,40
3º cuartil	1,88	1,13-3,12
4º cuartil	2,67	1,58-4,52

OR ajustados por edad para cada variable

RESULTADOS

Las mujeres con mayores valores de estrés percibido casi duplican (OR=1,75; IC95% 1,11-2,76) el riesgo de dismenorrea, y las que perciben un mayor grado de ánimo negativo casi triplican (OR=2,67; IC95% 1,58-4,52) el riesgo de dismenorrea. En la mayoría de las situaciones se obtienen resultados estadísticamente significativos (en negrita, observándose, además, un efecto dosis-respuesta, lo que hace de interés especial estos hallazgos).

DISCUSIÓN

En nuestro estudio, se observó un claro efecto de los 2 factores en la aparición de episodios de dismenorrea. Que el estrés percibido casi duplique el riesgo de dismenorrea es del mismo orden que los resultados hallados en estudios realizados con anterioridad^{6,7}. En cambio, que el ánimo negativo casi triplique el riesgo solo puede ser corroborado por los resultados de estudios anteriores sobre depresión, ansiedad y otros problemas psicológicos como somatizaciones.⁸⁻¹¹ Nuestros resultados confirman los datos ofrecidos por el escaso número de estudios realizados hasta ahora, de la influencia de los factores psicológicos estudiados aquí, sobre la producción de prostaglandinas en el endometrio y otros posibles mecanismos favoreciendo la aparición de dolor menstrual.

1. Cohen S, Wills TA. Stressful life events and mental health in everyday life. In: Cohen S, Wills TA, Mermelstein R, editors. *Stressful Life Events and Mental Health*. New York: Guilford University Press; 1985. p. 1-37.

2. Salazar S, Regueira C, Gallo Otero M. Psychometric properties and test-retest reliability of the Spanish version of the Cohen's Stress Scale. *Stress Health*. 2001;17:349-59.

3. Beck CT, Barck FH, Brown OK, et al. A self-report measure of negative affectivity. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2000;78:1029-40.

4. Hediger SL, Fries JH, Fries JM, et al. The epidemiology of menstrual pain. *Journal of the American Medical Association*. 1975;233:1473-8.

5. Hegitt R, Day JL, Wilson R. Using a self-report questionnaire to assess the clinical significance of menstrual pain. *British Medical Journal*. 2000;320:1174-8.

6. Wang L, Wang H, Chen L, Anemullag A S, Wang H, Wang A, Yang T, Yang J, Wang J and Xu X. Stress and dysmenorrhea: a population-based prospective study. *Gynecol Obstet Int J*. 2008;47:1222-226.

7. Regueira C, Gallo O. Dysmenorrhea and psychological variables: the association between emotional distress and menstrual pain in young women. *Stress Health*. 2003;19:303-12.

8. Salfer R, Salfer M, Jay S, Salmeron M. Effect of self-reported stress on incidence of chronic pain: a general population health study. *Stress Health*. 2004;10:177.

Matrona e hipopresivos, Un cambio de paradigma

Introducción

-Se sugiere desde hace años, la necesidad de un cambio en los métodos de entrenamiento de la musculatura abdominal lo que es corroborado por las investigaciones más recientes (Caufriez, 2010)

-Dentro de esta corriente surgen las **Técnicas Hipopresivas (TH)** creadas por el Dr. Marcel Caufriez en el ámbito de la recuperación post-parto y fisioterapia uro-ginecológica

-Son ejercicios posturales y rítmicos de reciente innovación que han sido trasladados al ámbito del ejercicio saludable y preventivo

Objetivo: Demostrar la validez de la TH en el ámbito de la matrona



Material y Método

Búsqueda bibliográfica (pubmed, uptodate, cochrane, medline)
 Términos Mesh: hipopresiva gymnastics, pelvic floor, Gah



Estudios/Resultados

- ✓ España (2007) 100 mujeres, edad media de de 36 años, con hipotonía de suelo pélvico e incontinencia urinaria de esfuerzo se constató mediante tonimetría que la práctica de **ejercicios hipopresivos, 20 minutos diarios durante 6 meses**, produjo un **aumento del tono muscular del suelo pélvico** de un 58% y del **tono de carga (capacidad de amortiguación)** de un 48%. Existe un aumento de la fuerza contráctil en un 20% y una disminución del perímetro de la cintura del 8% (p= 000,3)
- ✓ Fernández (2007) Aplicó el mismo dispositivo evaluador en un grupo de personas mayores de 60 años (N=24; media=68,5 años) que realizaba TH diariamente durante 20 minutos por un periodo de 6 meses, sus resultados muestran: mejoras en el tono de reposo del SP (23,5%), en el tono de carga (25,3%), en el bloqueo perineal al esfuerzo (108,4%), y disminución de los síntomas de incontinencia urinaria (85,7%).
- ✓ Galindo and Espinosa, 2009 mejorar la flexibilidad de la columna lumbar y de los miembros inferiores

Conclusiones

-La práctica diaria entre 20-30 minutos de ejercicios hipopresivos provoca a largo plazo una **tonificación del suelo pélvico y de la faja abdominal** y una normalización de las tensiones de los músculos anti-gravitatorios y parietales implicados en el equilibrio postural corporal

-Pasado el puerpelo se **aconseja realizar ejercicios de TH** para mejorar el esquema corporal y mantener las mejores condiciones musculares posibles



«Mucho por encajar»

Autoras

Primera Autora: Bueno Montero, Estefanía
 Segunda Autora: Rivas Mañas, Dolores
 Tercera autora: Luna Valero, Juana María

NOVEDADES EN COMPONENTES BIOACTIVOS DE LA LECHE MATERNA

Ariza Salamanca.MC, Pulido Arcas.A, González Gómez.A



OBJETIVO

Describir la presencia y las distintas propiedades de los compuestos bioactivos descubiertos en los últimos años en la leche humana, debido a su gran relevancia para la salud del individuo tanto a corto como a largo plazo.



MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica en Pubmed, Medline, Cochrane, trip database, google académico y web of science.

RESULTADOS

- ✦ La leche materna es un complejo fluido biológico que aporta la energía y nutrientes esenciales para el crecimiento y desarrollo del niño.
- ✦ Además, contiene toda una serie de componentes bioactivos o funcionales de naturaleza muy distinta que afectan a los procesos fisiológicos y que en consecuencia influyen en la salud del individuo.
- ✦ Las diferencias entre los niños alimentados con fórmula y los alimentados con leche humana se pueden atribuir, al menos en parte, a estos compuestos con actividad biológica que, en general, no están en las leches de fórmula o se encuentran en una concentración distinta a la existente en la leche materna.
- ✦ De dichos componentes destacan por su carácter mediático los prebióticos, la función de los mismos es colonizar el intestino, algunos autores afirman que un retraso en la colonización del intestino se asocia con una mayor incidencia de asma y dermatitis atópica, también mejoran la tolerancia a la lactosa y reducen los niveles de colesterol.
- ✦ En un estudio se midió la capacidad antioxidante total del plasma, vitamina C, albúmina, bilirrubina y niveles de ácido úrico como marcadores antioxidantes y por otro lado los niveles de peróxido total en plasma como marcador de estrés oxidativo, usando el índice de estrés oxidativo para evaluar el estado oxidativo en niños sanos de 3 a 6 meses de edad alimentados unos con leche humana y otros con leche de fórmula de vaca y se observó que la leche materna proporciona un mayor poder antioxidante.

CONCLUSIONES

La alimentación durante los primeros meses de vida tiene una influencia decisiva no sólo durante ese período sino también para la salud a largo plazo, pudiendo jugar un papel clave en el óptimo desarrollo físico e intelectual así como en la disminución de la incidencia de enfermedades futuras.



LOS HÁBITOS DE SUEÑO COMO FACTOR DE RIESGO DE LA DISMENORREA PRIMARIA: UN ESTUDIO PILOTO

Fernández-Níguez M¹, Dorrego M², Pérez González M C², Domínguez Luna A³, Regueira C³

¹Centro de Salud de Vite de Santiago de Compostela (A Coruña)

²Centro de Salud de Ribeira (A Coruña)

³Área de Medicina Preventiva y de Salud Pública, Universidad de Santiago de Compostela (A Coruña)

La dismenorrea es un trastorno ginecológico muy frecuente, cuya importancia radica en su impacto socioeconómico, puesto que es causa común de absentismo laboral y escolar. A menudo esta dolencia es infradiagnosticada y/o deficientemente tratada, lo que hace que disminuya la calidad de vida de las mujeres afectadas. Existe una considerable investigación respecto a los determinantes biológicos. Sin embargo, se sabe poco sobre la influencia que ejercen los patrones de sueño y factores psicosociales como el modo de vida horario sobre la enfermedad.

OBJETIVO

Examinar la influencia de los factores relativos al sueño de la mujer, tiempo de sueño nocturno y diurno, así como el tipo de patrón de sueño en la aparición de episodios de dismenorrea primaria.

MÉTODO

Se muestran los resultados preliminares de un estudio de casos y controles con casos incidentes de 1 año de duración. Hasta el momento se recogerán los datos de 200 mujeres que acudían a la consulta de la maternidad en los Centros de Atención Primaria de Vite y de Ribeira del Servicio Galego de Saúde. La participación en el estudio previa firma del consentimiento informado, fue totalmente voluntaria y anónima. La recogida de la información se realizó mediante un cuestionario autoadministrado consistente en los siguientes apartados: a) Datos sociodemográficos y factores constitucionales; b) Síntomas de la última menstruación para evaluar la aparición de casos de dismenorrea y c) Preguntas mediante las cuales construir los factores de riesgo estudiados.

La determinación de la exposición se realizó mediante las preguntas del cuestionario que evaluaban las exposiciones anteriores a la fecha de la última menstruación. Se construyeron las siguientes variables: Tipo de modo de vida horario, o grado de vespertinidad-matutinidad,¹⁻³ en la que diferenciamos 3 categorías correspondiendo la primera de ellas a la normalidad, la segunda al grupo de mujeres que hacen las cosas más temprano que la mayoría matutina y la tercera al grupo de mujeres que hacen las cosas más tarde que la mayoría vespertina; número de horas de sueño nocturno, y tiempo de despierta habitual. Consideramos como caso de dismenorrea aquella puntuación que superaba el valor de 2,5 (en una escala entre 1 y 5) y presentaba regularidad menstrual. Para ello, hemos incluido las preguntas relacionadas con los ítems físicos del cuestionario original de Chesney y Tact⁴ y ponderados mediante los coeficientes de correlación extraídos del trabajo de Negriff.⁴

Se realizó la lectura óptica de los cuestionarios mediante el programa Remon Office v. 3.0 y se construyó una base de datos eligiendo 2 controles de la misma edad para cada caso. Los odds ratio para cada caso y sus intervalos de confianza al 95% se obtuvieron mediante regresión logística, ajustado por la variable edad con el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) v 15.0.

Nº horas de sueño	OR	IC 95%
2 a 5	1,00	Referencia
<=6	1,94	0,01-2,29
>=9	0,09	0,53-1,49

Duerme antes	OR	IC 95%
no	1,00	Referencia
si	0,94	0,66-1,40

Patrón sueño	OR	IC 95%
normal	1,00	Referencia
matutino	0,94	0,54-1,71
vespertino	2,24	1,17-4,28

OR ajustado por edad por cada variable

RESULTADOS

Hasta el momento se identificaron 26 casos de dismenorrea. Por una parte las mujeres con una duración del sueño nocturno inferior a 6 horas presentaron mayor riesgo (OR=1,96; IC95% 0,01-2,29) de episodios de dismenorrea y las mujeres de patrón vespertino duplicaron ampliamente dicho riesgo (OR=2,24; IC95% 1,17-4,28). Por el contrario, ni la duración del sueño nocturno superior a 9 horas, ni la despierta, tuvieron influencia sobre la aparición de episodios de dismenorrea.

DISCUSIÓN

El mayor riesgo de dismenorrea observado entre las mujeres de patrón vespertino, pueden justificarse por la interrupción del ciclo circadiano normal. Algunas hormonas como la melatonina, presentan un patrón circadiano cuya alteración produce un desequilibrio en los mecanismos implicados en el dolor menstrual. En concreto, la secreción de melatonina es mayor durante el sueño nocturno, fase en la que se produce una menor actividad estrogénica. La reducción del periodo de sueño nocturno, así como su traslación a un horario diurno podrían influir en la secreción de prostaglandinas u otras moléculas que intervienen en la fisiopatología de la dismenorrea primaria.

1. Bohler F, Tilley A, Brown S. Psychometric evaluation of the Early/Late Preference Scale. *Ergonomics*. 2004; vol 44, nº 10: 997-1000.

2. Díaz-Merás J, F. Sánchez-López P, Thoma C. La Escala de Preferencias y la Escala Composita de Matutinidad en Universitarias Peruanas. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology* 2005; Vol. 39, Núm. 2 pp. 203-210.

3. Chesney MA, Tact DL. The development of the menstrual symptom questionnaire. *Behav Res Ther*. 1975; 13(4): 237-44.

4. Negriff S, Dorn LD, Hilfman JB, Hoang B. The measurement of menstrual symptoms: factor structure of the menstrual symptom questionnaire in adolescent girls. *J Health Psychol*. 2009; 14(7): 899-906.



¿Es eficaz la administración de oxitocina Intraumbilical ante una retención placentaria?

AUTORES: María Isabel Prieto Membrive, María Luisa Hernández Lirola, Marta Martín Pérez, Juana Maza Romero, Felisa Valcarcel Momblant

INTRODUCCIÓN:

HPP es la principal causa de mortalidad materna en el mundo. Afecta hasta al 15% de las mujeres durante su parto y habitualmente es debida a un bajo tono uterino tras la fase de expulsivo. Independientemente de su etiología, constituye una verdadera emergencia obstétrica que precisa de un tratamiento rápido, energético y la puesta en marcha de estrategias preventivas intervencionistas, pues entre 8 y 9 de cada 10 serían evitables.

Si la placenta retenida (PR) no se trata existe un alto riesgo de muerte materna. Sin embargo, la extracción manual de la placenta (EMP) es un procedimiento invasivo con complicaciones graves de hemorragia, infección o traumatismo del aparato genital.

OBJETIVO:

➤ **OBJETIVO PRINCIPAL:** Conocer la eficacia o no de la administración de oxitocina intraumbilical (IUU) en el manejo de una RP.

➤ **OBJETIVOS SECUNDARIOS:**

- ✓ Saber si existen otros uterótonicos que podamos administrar IUU para el manejo de la RP.
- ✓ Tener conocimiento de la seguridad (materna y fetal) de esta técnica.
- ✓ Comprender como se debería administrar el uterotónico y cantidad a administrar.

RESULTADOS:

Del total de los estudios revisados (años 2007-2011); el 85,7% no encuentra diferencias estadísticamente significativas tras el uso de oxitocina IUU ante RP frente al 14,28% que si que han encontrado diferencias significativas.

La Guía NICE contempla que para las mujeres con una RP la inyección oxitocina IUU con 20 UI de oxitocina en 20 ml de solución salina administrada por la parte más proximal de cordón umbilical.

Los diferentes artículos publicados (en nuestro trabajo representan un 54,14%) que han estudiado el uso de otros uterótonicos (misoprostol) para el manejo de la PR, si que han encontrado diferencias estadísticamente significativas para el desprendimiento de la placenta retenida (DPR).

CONCLUSIONES:

La inyección IUU, de solución de oxitocina es una intervención de bajo costo y sencilla que podría realizarse mientras se espera la expulsión de la placenta (EP).

La revisión de la Cochrane, en un metaanálisis que realiza sugiere que las dosis superiores a 20 UI puede reducir la necesidad de la EMP en un 50%.

Ensayos aleatorios de alta calidad indican que el uso de la oxitocina tiene poco o ningún efecto. Se justifican estudios de investigación adicionales sobre el momento óptimo de EMP y de la IUU de PG expansor plasmático.

BIBLIOGRAFIA:

1. Rouse A, Pinsky A, Campbell S. *Exposición a los medicamentos durante el embarazo y el parto*.
 2. Intraumbilical injection of uterine relaxants in the management of retained placenta.
 3. Umbilical vein injection of oxytocin for retained placenta. *Published Online December 5, 2009; DOI: 10.1002/1471-2376.nst120090101*
 4. Intraumbilical injection of vasopressin for retained placenta. *Obstet Gynecol*. 2011;117(1):105-11.
 5. Umbilical vein injection of vasopressin for the treatment of retained placenta. *Resuscitation*. 2010;61(10):1405-14.
 6. Umbilical vein injection of vasopressin for the treatment of retained placenta. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;199(4):482-488.
 7. The Rescue Trial: A randomized trial of umbilical vein injection of vasopressin for the treatment of retained placenta. *Obstet Gynecol*. 2011;117(5):1055-61.
 8. Intraumbilical injection of vasopressin for the treatment of retained placenta. *Obstet Gynecol*. 2011;117(5):1055-61.
 9. Intraumbilical injection of vasopressin for the treatment of retained placenta. *Obstet Gynecol*. 2011;117(5):1055-61.

MATERIAL Y MÉTODO:

Revisión bibliográfica en las bases de datos de la Cochrane; metabuscador Trip Database; Biblioteca virtual SSPA; Guía NICE; Medline; Pubmed.

♦ **Palabras clave:** "retained placenta and umbilical oxytocin"; "retención placentaria y oxitocina intraumbilical"; "retained placenta"; "umbilical injection of oxytocin and placental retention"; "inyección intraumbilical de oxitocina y retención placentaria"; "umbilical injection and placenta retention"; "manejo de la retención placentaria"

♦ **Limitaciones:** Pocos estudios realizados con calidad metodológica buena; gran variedad en las dosis administradas y formas de administración; diversidad de criterios para la realización de manera unificada todos los procedimientos.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA:

Debido a que el metaanálisis de las 3 comparaciones principales no mostró efectos importantes, no sería apropiado indicar la implementación generalizada de la IUU de oxitocina para el tratamiento de la RP.

Los que actualmente utilizan la técnica pueden estar seguros de que no hay pruebas de efectos negativos o adversos, por lo que pueden continuar utilizándola si lo desean.





DEPRESION POSPARTO (DPP) EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA



LARREA CASTAÑA, Ana Belén (a)
 GOTOR COLAS, Soledad (b)
 (a)Matrona y DUE, Hospital Miguel Servet, Zaragoza
 (b)Supervisora matronas, Hospital Miguel Servet, Zaragoza

INTRODUCCIÓN

En la atención posparto hay que tener en cuenta aspectos:



La DPP afecta en países desarrollados al 10 - 20% de las madres (1), aparece entre la 3ª y 4ª semana del posparto (2)
 La DPP tiene consecuencias negativas para la madre y su hijo (2).
 Problema de subdiagnóstico por los profesionales sanitarios debido a infravaloración de sus síntomas.

OBJETIVO GENERAL

• Conocer la prevalencia real de DPP en las puérperas de nuestro hospital.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Detectar probable DPP mediante la utilización adecuado del test de depresión posparto de Edimburgo (EPDS).
- Identificar los recursos necesarios para identificación y tratamiento precoz de DPP

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, realizado en HIMS en octubre y noviembre de 2012.

MUESTRA: puérperas del HIMS que dieron su consentimiento.

CRITERIOS EXCLUSIÓN: Patología psiquiátrica previa, mortalidad fetal, no entienden castellano, no consentimiento, e imposibilidad de contactar telefónicamente con ellas entre la 6ª-8ª semana posparto para identificar DPP.

INSTRUMENTO DETECCIÓN DPP: Escala depresión posparto de Edimburgo. (EPDS, por sus siglas en inglés: Postnatal Depression Scale) (3).

Descriptores: Depresión posparto, periodo de posparto

RESULTADOS



- TOTAL PARTOS: 737
- TOTAL PUÉRPERAS PARTICIPANTES: 589 (79,9%)
- EXCLUIDAS: 148 (20,1%)



Entre la 6ª-8ª semana posparto se intenta contactar telefónicamente con las 589 puérperas participantes para realizar test EPDS, 537 fueron localizadas, 48 no localizadas y 4 abandonan el estudio.



De las 589 puérperas participantes, 56 tienen probable DPP, por dar resultado positivo en test EPDS (puntuación igual o superior a 10) (3). Por tanto en nuestro hospital existe un 9,50% de DPP



De los 56 resultados positivos del test EPDS:
 • 24 casos con EPDS 10-12 → límite riesgo depresión
 • 12 casos con EPDS mayor e igual a 13 → probable depresión.

DISCUSION

- 1-La escala EPDS es instrumento válido como método de detección de DPP pero no para el diagnóstico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico, puesto que no se le debe dar más importancia a los resultados de la escala que al juicio clínico. Por tanto derivaremos a ginecología a las 56 puérperas con resultado positivo en el test EPDS.
- 2- Es necesaria la coordinación entre hospital y Atención primaria y entre las unidades de obstetricia y psiquiatría
- 3-Importancia de detección precoz DPP: prestando atención a factores de riesgo socioeconómicos y familiares, síntomas inicios maternidad (Bans y depresión postnatal).
- 4-En mujeres inmigrantes existen condicionantes sociales favorecedores de DPP: aislamiento social, cambios frecuentes de residencia o falta de apoyo familiar⁴

BIBLIOGRAFIA

- 1- Cooper P, Murray L. Postnatal Depression. *Brit J Psychiatry*. 1993; 163:27-31
- 2-Fernando L. La depresión en la mujer. *Psiquiatr Aten Prim*. 2005;4(4):4-9
- 3- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987; 150:782-786
- 4- Evans J, Heron J et al. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ*. 4 august 2001; 323:257-260
- 5-Ahmed A, Stewart DE, Tang L et al. Experiences of immigrant new mothers with symptoms of depression. *Am Women Ment Health*. 2008;Sep;13(4):295-303

¿Es la versión externa una práctica segura que disminuye el número de cesáreas programadas?

Sonia Carrillo Aguilera, Carmen Teresa Majón Sesmero, Gema Hernández Juan, Erika González Muñoz, Ana Gil Aguilera, Matorras

1. Introducción:

Debido al aumento del número de cesáreas electivas por presentación podálica, rescatamos el interés por la versión externa cefálica (VEC), que disminuye el número de cesáreas y su morbimortalidad, ofreciendo a la mujer la posibilidad de un parto vía vaginal.

2. Objetivos:

- Conocer la eficacia de la VEC, su seguridad y si conlleva una reducción de las cesáreas.
- Fomentar la VEC como una opción previa a la cesárea electiva.
- Evaluar los efectos de la VEC a término sobre las medidas de resultado del embarazo.
- Evaluar los efectos que produce la tocolisis de rutina para la VEC a término.

3. Material y método:

Revisión bibliográfica de bases de datos y publicaciones científicas. Se realizaron búsquedas utilizando el MeSH "cephalic version", "breach birth" y "alternative therapies" en las bases de datos CUIDEN, Cuidatge, Medline, Cochrane y Cinahl (1998-2012)

4. Resultados:

La prevalencia de presentación podálica es 3-4%. La realización de cesárea electiva no ha supuesto una mejora en los resultados de morbi-mortalidad materno-fetal. Se recomienda que la VEC se practique a partir de la semana 37, ya que la posibilidad de versión espontánea es reducida y la tasa de éxitos es mayor, evitando una posible prematuridad iatrogénica

EFICACIA
56% (35-86%)

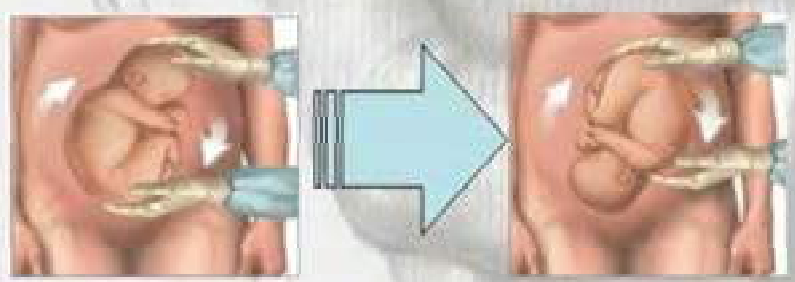
Mayor éxito en **MULTÍPARAS**

- < 10% bradicardia o taquicardia fetal transitoria.
- 1-2% bradicardia se mantiene cesárea urgente

REQUISITOS VEC:

- Gestantes a término
- Selección mediante ultrasonografía
- RCTG
- Tocolisis
- Gammaglobulina anti-D en gestantes Rh (-).
- Previo consentimiento informado.

Existen métodos alternativos y/o complementarios: quiropraxia, homeopatía, tratamiento postural e hipnosis.



5. Conclusiones:

- La VEC es un procedimiento eficaz, seguro y alternativo a la cesárea electiva que permite a la gestante la oportunidad de parto vaginal. Y disminuye la morbimortalidad materna de una cesárea electiva.
- La disminución de cesáreas electivas por nalgas reduce la tasa total de cesáreas y produce un considerable ahorro en los costes sanitarios.
- Todo ello justificaria la formación de los profesionales en este procedimiento.

6. Bibliografía:

- Tong Leung VK, Suen SS, Singh Sahota D, Lau TK, Yeung Leung T. External cephalic version does not increase the risk of intra-uterine death: a 17-year experience and literature review. J Matern Fetal Neonatal Med. 2012 Apr 21.
- Oberdat N, Lataifeh I, Al-Khateeb M, Zaved F, Khriesat W, Amann Z. Factor associated with the success of external cephalic version of breech presentation: a term. Clin Exp Obstet Gynecol. 2011
- Cluver C, Hofmeyr GJ, Gyte GM, Sinclair M. Interventions for helping to turn term breech babies to head first presentation when using external cephalic version. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Jan

" UNA MIRADA HACIA DELANTE: MUJERES INMIGRANTES EN LANZAROTE Y CRISIS ECONÓMICA"

Autores: Velamazán Martínez, María Dolores, Martínez Martín Eduardo, Sánchez Sánchez Judith, Martínez Galán Paloma.

1. INTRODUCCIÓN

La creación del Sistema Nacional de Salud ha sido uno de los grandes logros de nuestro Estado de bienestar siendo un modelo de referencia mundial, por su calidad, universalidad, amplitud de prestaciones y solidaridad con los menos favorecidos.

La actual situación de crisis económica en España, ha obligado a realizar reformas para hacer el Sistema sostenible, así el art. 3 del Real Decreto-ley 16/2012, afirma que tienen derecho a la asistencia sanitaria con fondos públicos aquellos en condición de asegurado, añadiendo situaciones especiales como es el derecho a la asistencia al embarazo, parto y postparto.

2. JUSTIFICACIÓN

Debido a la amplia población inmigrante, mucha en situación de irregularidad, que presentan nuestras islas, nos suscita especial interés realizar este estudio.

3. OBJETIVOS

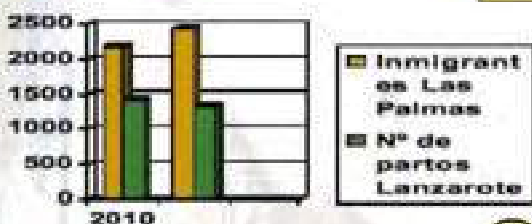
Determinar cómo afecta la difícil situación económica que atraviesa España (2010-2012) en número de partos de mujeres inmigrantes en la isla Lanzarote.

Valorar la posible repercusión que puede tener la retirada de la tarjeta sanitaria a inmigrantes irregulares sobre la salud sexual y reproductiva de la mujer.

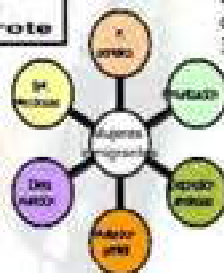
4. MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado un estudio descriptivo observacional realizando una revisión bibliográfica de las principales bases de datos, como Cochrane y Pubmed entre los años 1985- 2011, utilizando palabras claves: "Recession Period" "Pregnancy" and " Immigration" y datos estadísticos INE, BOE y HG Lanzarote.

5. RESULTADOS



Las mujeres inmigrantes tienen problemas de salud específicos como:



La p. Inmigrante en Las Palmas, a pesar de la crisis, pasa de 2190 en 2010 a 2433 en 2011. La mayoría de A. Latina, África, Asia y resto de Europa.

En Lanzarote, se observa una disminución en el nº de partos en general de 1414 en 2010, a 1331 en 2011, debido a una disminución de inmigrantes atendidas pasando de 40,25% al 39,30%.

Siendo el cuadro mucho peor para los inmigrantes clandestinos con mayores dificultades de acceso a los servicios sanitarios.

Aunque el nuevo RD asegura la atención gratuita en el embarazo, parto y puerperio, debemos dar importancia a los cuidados y prevención en etapas anteriores al embarazo, ya que de eso va a depender el nº de embarazos de riesgos y riesgo de muerte materna y fetal en el parto.

6. CONCLUSIONES

-Parece que la crisis ha influido disminuyendo el número de mujeres inmigrantes en la Isla de Lanzarote, no obstante siguen siendo bastante ELEVADO.

-El papel de la MATRONA es fundamental en EDUCACIÓN SANITARIA, teniendo como objetivo la atención SEXUAL y REPRODUCTIVA, la PF y PREVENCIÓN de ETS.

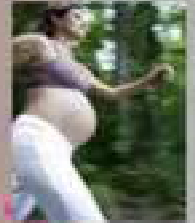
-Si no pueden acceder gratuitamente a nosotros en estos aspectos, hay que HACERNOS LLEGAR.

-Los objetivos del milenio 4,5 y 6 del 2015 se encuentran, REDUCIR la mortalidad INFANTIL mejorar la salud MATERNA y combatir el VIH/SIDA y otras enfermedades.

Bibliografía: 1.Fetal care and pregnancy outcomes during the recession: the Washington State experience. E.S. Fisher. JF 1985 666-668. 2. Identification of factors associated with delayed antenatal care. CL Joseph. JHum Med Assoc 1989 87-88.3. An Approach to studying social disparities in health and health care. Paul A. Bourque, Susan A. Forster, Catherine Cubbin, Kristen S. Marchi. Am J Public Health. 2004 December 94(12): 2139-2148 PMID:PMCID:PMIC 1448604. Datos estadísticos INE, BOE y HG de Lanzarote.

EL PAPEL DE LA MATRONA EN EL ENTRENAMIENTO DEL SUELO PÉLVICO EN MUJERES ATLETAS

González Gómez A, Ariza Salamanca MC, Pulido Arcas A



OBJETIVOS

- Conocer si las disfunciones del suelo pélvico son más frecuentes en mujeres deportistas de élite.
- Identificar las causas de estas disfunciones del suelo pélvico.
- Conocer ejercicios de fortalecimiento y rehabilitación del suelo pélvico en este grupo de población.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica de las siguientes bases de datos: Trip Data Base, Cochrane Plus, PubMed, Cinahl y Google Académico.

RESULTADOS

- Trabajos descriptivos como el publicado por Gavaldá y Del Valle (2001) demuestran como la prevalencia de la incontinencia urinaria en mujeres sedentarias comparado con mujeres deportistas resulta significativamente menor, 2.85% frente a 31.42% respectivamente.
- Todos aquellos deportes que provoquen un aumento importante de la presión intraabdominal, suponen un factor de riesgo perineal, considerándolos como situaciones hiperpresivas. Entre las actividades que mayores niveles de presión intraabdominal genera tenemos: Atletismo, baloncesto, aeróbic, etc.
- En sentido opuesto, la natación y el ciclismo son los que menor presión abdominal generan (Valancogne, 2001).
- Un suelo pélvico fortalecido y una correcta posición dentro de la pelvis puede ser un factor clave para contrarrestar los aumentos en la presión abdominal que ocurren durante las actividades de alto impacto.
- El entrenamiento muscular del suelo pélvico no tiene efectos adversos graves y ha sido recomendado como tratamiento de primera línea en la población general. Entre los ejercicios a realizar encontramos: Ejercicios de Kegel, técnicas manuales de reforzamiento del suelo pélvico, electroestimulación funcional, ejercicios hipopresivos...

CONCLUSIONES

Las mujeres deportistas tienen una mayor prevalencia de lesiones en el suelo pélvico, dependiendo en gran medida del tipo de deporte que practique y la frecuencia del entrenamiento, por lo que es necesario el fortalecimiento de la musculatura perineal con fines preventivos, más aún en mujeres multiparas: actividad en la cual las matronas tenemos un papel muy relevante.

CÓMO INCREMENTAR LA INCIDENCIA DE LACTANCIA MATERNA A LOS 6 MESES; TALLER DE LACTANCIA, RECURSO FUNDAMENTAL.

Autores: Sánchez Sánchez, Judith, Martínez Galán, Paloma, Martínez Martín, Eduardo, Vellamarín Martínez, María Dolores

INTRODUCCIÓN: La OMS considera que la lactancia materna (LM) es la mejor manera de alimentar a los lactantes, recomendando la LM exclusiva hasta los 6 meses y su mantenimiento hasta los 2 años.

En diciembre de 2009 la IRIAN aprueba la estrategia IRIAN para Centros de Salud, se publica en marzo de 2011 en www.irian.es y es revisada en marzo de 2011. Se aprueban los 7 pasos para una lactancia natural en los Centros de Salud.

Los problemas durante los primeros días de amamantamiento y la información inconsistente por parte de los profesionales son la causa fundamental del abandono de la LM de manera precoz, es importante dotar de conocimientos sobre lactancia a todos los profesionales que directa o indirectamente trabajan con madres y sus recién nacidos, convirtiéndose, por lo tanto, el Centro de salud en fundamental para la protección de la lactancia. El apoyo y la información adecuada por parte de los profesionales sanitarios supone la mejora de los indicadores de LM.

OBJETIVOS:

Objetivo principal: Promover y apoyar el inicio de la lactancia materna y su mantenimiento el mayor tiempo posible dentro del marco de las recomendaciones OMS.

1. Obtener indicadores según las definiciones de la OMS.
2. La agregación posterior de datos y la subsiguiente monitorización del avance y la efectividad del programa IRIAN en todo el territorio español.

MATERIAL Y METODO:

Selección aleatoria (por número de historia clínica) de muestra de entre la población asignada al Centro de Salud de edad comprendida entre 0 y 24 meses (hasta el día antes del 24 cumpleaños).

- Estudio de incidencia de lactancia materna exclusiva a la llegada al Centro de Salud
- Estudio transversal de muestra aleatoria de lactantes mayores de 2 años, elegidos entre toda la población de lactantes mayores de 2 años inscritos del Centro de Salud.
- Los datos se obtienen a través de entrevista personal para el estudio de incidencia, en la primera visita al centro y por encuesta telefónica para el estudio prevalencia.

RESULTADOS:

1. Lactancia materna exclusiva al inicio (lactantes menores de 15 días de vida): 0,76

2. Lactancia materna en lactantes mayores de 15 días:

- Lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses: 0,45
- Lactancia materna continúa al año de vida: 0,25
- Lactancia materna continúa a los 2 años: 0,053
- Introducción de alimentos sólidos o semisólidos: 1

CONCLUSIONES: De acuerdo con las recomendaciones de la OMS y UNICEF, y analizando los datos obtenidos, los esfuerzos de los profesionales que atienden a madre y niño sano deben ir encaminados al mantenimiento de la lactancia y el apoyo a esas madres que desean continuar lactando.

La cifra de incidencia en el Centro de Salud coincide con la cifra del hospital de referencia. Por lo que las medidas adoptadas desde las comisiones de lactancia hospitalarias y de atención primaria parecen ayudar en el correcto establecimiento de la lactancia especialmente en los primeros días tras el alta.

El taller de lactancia se convierte en un recurso para aquellas madres que desean lactar y es un pilar importante para proteger y promover la lactancia natural. El 80% de las madres conocen el taller, su lugar y su horario.

Parte de la estrategia IRIAN-Centro de Salud consiste en fomentar el apoyo comunitario, el 70% de las madres confirma haber sido informada sobre los recursos de apoyo existentes en la zona y conocer la existencia del taller de lactancia materna.

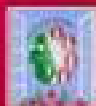
En las cifras obtenidas se observa una disminución progresiva de la prevalencia en los indicadores según la edad siendo esta disminución considerablemente notable a partir del sexto mes, por lo tanto el mantenimiento de la lactancia hasta los dos años tal y como recomienda la OMS parece ser difícil en nuestra población.

Ofrecer apoyo a la madre que amamanta para mantener la lactancia materna exclusiva durante 6 meses y a continuarla junto con la alimentación complementaria posteriormente, es una labor fundamental en aquellos profesionales responsables de la salud materno-infantil.

BIBLIOGRAFIA:

Cómo obtener datos de prevalencia de lactancia materna. Centro de salud IRIAN. A través de www.irian.es y www.irian.es/usuarios/juan_irián/foro/tema14452.pdf
 Manejo de la lactancia materna desde el nacimiento hasta el segundo año, Guía de práctica clínica hospitalaria de evidencia, Pediatría Atención Primaria Área 09, Dr. Peret Valero Jilpa de los
http://www.irian.es/pdf/lactancia/otros_manuales/prac_ap.pdf
 Manual de lactancia materna, de la teoría a la práctica, Asociación española de Pediatría, Ed. primavera 2009.

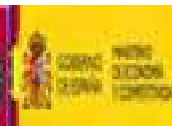
Diez Pasos para
una Feliz Lactancia Natural
en los Centros de Salud



XV - Congreso Nacional de Matronas

Madrid, 21 al 23 de Junio de 2012

"Mucho por esperar"



Influencia de la analgesia epidural con el uso de la postura materna manos-rodillas en partos con posición fetal occipitoposterior

ANTONIO GABRIEL HERRERA FERRAS, CRISTINA POLYDORA MOURA FIVEL, MARIA FRANCISCA RODRIGUES SILVA
Hospital de São Vicente

OBJETIVO: Valorar en partos con malposición fetal occipitoposterior (OP) la influencia de la analgesia epidural con el uso de la postura manos-rodillas (MR) en los resultados maternos-fetales del parto.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio casos-control, realizado en los Hospitales de Braga, Guadix y Ubeda.
Sujetos de estudio: Embarazadas con gestación única, mayor de 37 SG y posición fetal OP durante el parto, que adoptaron la postura MR durante un mínimo de 30 minutos.
Variables analizadas: Analgesia epidural, rotación fetal, terminación del parto, postura materna al nacimiento, episiotomía, test de Apgar al 1er min, comodidad y satisfacción materna.



RESULTADOS

11 casos con analgesia epidural se excluyen por no poder adoptar o mantener la postura MR.
Análisis de datos: 25 partos con analgesia epidural (casos) y 40 sin ella (controles).
Significación estadística para un intervalo de confianza del 95 % y $p < 0,05$.

Rotación fetal a OA (no influencia, $p=0,688$):

64 % con analgesia y 80 % sin analgesia:

- Rotación durante la postura MR: 52 % vs. 57,5 %
- Rotación después de la postura MR: 32 % vs. 22,5 %

No asociación estadísticamente significativa:

- Test de Apgar al min: 9 (72 % con analgesia vs. 77,5 % sin analgesia)
- Posición materna al nacimiento: litotomía (60 % vs. 57,5 %), reducción de la posición manos-rodillas (4 % vs. 12,5 %)
- Comodidad: mayor sin analgesia epidural (32 % vs. 37,5 %)
- Satisfacción materna con los resultados del parto: Mayor satisfacción sin analgesia (72 % vs. 87,5 %)

Terminación del parto

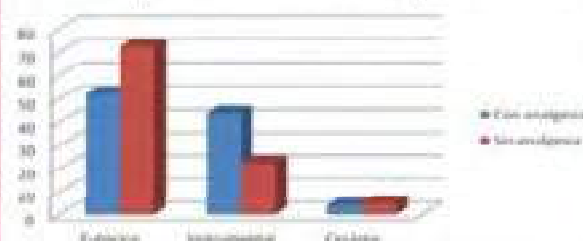
(no estadísticamente significativa, $p=0,133$)

- Eutócico: 52 % con analgesia vs. 72,5 % sin analgesia
- Instrumental: 44 % con analgesia vs. 22,5 % sin analgesia
- Cesárea: 4 % con analgesia vs. 5 % sin analgesia

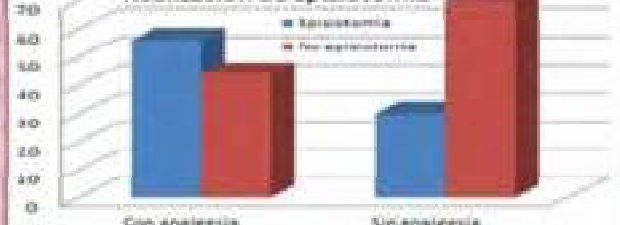
Realización de episiotomía

(asociación estadísticamente significativa, $p=0,034$)
56 % con analgesia vs. 30 % sin analgesia

Tipo de terminación del parto



Realización de episiotomía



CONCLUSIONES: La administración de a. epidural durante el parto puede impedir la adopción de la postura MR. Esta analgesia incrementa la tasa de episiotomías, secundarias al aumento de partos instrumentales asociados a la misma. No obstante, la postura MR favorece la rotación fetal de OP a OA durante el parto, reduciendo las cesáreas. Por ello, la mujer debe intentar adoptarla para reducir los malos resultados maternos-fetales asociados a la malposición fetal OP durante el parto.

ENTRENAMIENTO DEL SUELO PÉLVICO CON BOLAS CHINAS

LUQUE DÍAZ MAGDALENA : DUE Hospital Central De La Defensa, Matrona, Madrid.
BALLESTEROS CALERO CORAL: Matrona, Hospital La Paz, Madrid.

XV- Congreso Nacional de Matronas de la Asociación Española de Matronas

INTRODUCCIÓN

Las bolas chinas o Ben Wa, llevan siendo utilizadas durante siglos por diferentes culturas, las utilizaban las concubinas de los emperadores feudales japoneses para satisfacer las necesidades sexuales de estos, con el objetivo de conseguir una mayor lubricación vaginal. Hoy día son una herramienta terapéutica para el fortalecimiento del suelo pélvico.

OBJETIVO

Determinar, si según la bibliografía consultada, el uso de las bolas chinas favorece el mantenimiento e incrementa el tono muscular del suelo pélvico.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica de estudios y trabajos relacionados con el tema. Se consultan las siguientes fuentes de datos:

Enfispo, Cochrane, Medline, Dialnet, Elsevier.

Palabras clave:

Suelo pélvico, stress incontinence, matrona, puerperio, Geisha balls, rehabilitación S.P.

RESULTADOS

Se inciden en los siguientes aspectos:

- Las bolas se colocan en el fondo de la vagina utilizando lubricante sin base oleosa o simplemente mojadas en agua. Al colocarlas lo más profundo posible, se produce una contracción involuntaria que evitan que se caigan.
- Consisten en una a dos esferas conteniendo otra más pequeña en su interior unida/as por un cordel lo que hace más fácil su extracción desde el exterior. Se recomiendan las de silicona por ser un materia hipoalergénico no poroso, pudiéndose lavar con agua y jabón.
- Se aconseja su uso en movimiento mientras se realizan actividades cotidianas, con los desplazamientos la bolita interior se mueve produciendo una vibración que estimulan los vibroreceptores vaginales, desencadenando la contracción de la musculatura lisa de la vagina.
- El entrenamiento se recomienda en el postparto tardío y en incontinencia de esfuerzo, comenzando con una de ellas si hay dificultad para retener las dos bolas. No recomendable en la menstruación.
- Las bolas al ser más anchas que los conos vaginales, se retienen con mayor facilidad y el tintineo de la bola pequeña sobre la grande proporciona un mayor feedback para desencadenar la contracción de la musculatura.
- En cuanto al tiempo de uso hay que individualizar, se recomienda iniciar con 30 minutos, distribuidos en 15 minutos, dos veces al día.
- El comienzo de la mejoría se aprecia entre la 2ª- 3ª semana de uso.
- Su uso se ha visto relacionado con percepción de mejoría en síntomas asociados con pérdida de orina, supone aumento de la autoestima de las mujeres.

CONCLUSIONES

Según la revisión bibliográfica, las bolas chinas favorece el fortalecimiento del S.P., por tanto se debería aconsejar o presentar como alternativa, por los especialistas que tratan a la mujer, como es el caso de la matrona, que atiende a las necesidades de la mujer de forma integral en cualquier fase de su vida, colaborando a insertar el S.P. dentro de su esquema corporal para sentirse mejor y aumentar su calidad de vida.

Papel de la Matrona ante los Métodos Alternativos para el alivio del dolor en el trabajo de parto

AUTORAS: Luna Valero, Juana María Mata Saborido, María José Sánchez Casal, María Inma

OBJETIVOS

Conocer la evidencia científica actual sobre los métodos alternativos que ayudan al alivio del dolor en el trabajo de parto, para que las matronas puedan introducirlos en su práctica clínica habitual.

Ayudar a las mujeres que así lo deseen a evitar el uso de fármacos durante su parto, apoyándolas y facilitándole el uso de estos métodos alternativos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza una búsqueda bibliográfica de estudios, revisiones, ensayos clínicos, etc...entre los años 2000-2012, en las bases de datos Cochrane, Medline y Scielo

RESULTADOS: Los métodos: Acupresión, Inyección de Agua Estéril (subcutánea o intradérmica), la Acupuntura y Electroacupuntura, la posición y la libertad de movimientos, los TENS (en España no están recomendados por la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal), el apoyo continuo durante el trabajo de parto y la Hidroterapia demuestran un alivio del dolor de las mujeres de parto y tienen suficiente evidencia científica para ser recomendados y utilizados en la práctica clínica.

Otros métodos como los Masajes, Reflexología, Técnicas de Relajación, Hipnosis y Autohipnosis, Musicoterapia, Aromaterapia y la Pelota de Partos parecen ser útiles también, pero necesitan más estudios y de mayor calidad, aún así, ninguno parece ser perjudicial para la madre o el neonato e igualmente podría permitirse su uso. La moxibustión en puntos de acupuntura tiene buena evidencia científica pero no hay gran número de estudios todavía.

CONCLUSIONES

Muchos métodos alternativos han demostrado ser claramente eficaces para el alivio del dolor durante el trabajo de parto, así que podrían y deberían ser recomendados y utilizados. La mayoría se aplican en la primera fase del trabajo de parto

El papel de la matrona es conocer todos estos métodos alternativos, ya que algunos no solo sirven para el alivio del dolor, sino que pueden tener otros efectos beneficiosos y recomendarlos con el apoyo que proporciona la evidencia científica, así como introducirlos en su práctica clínica diaria. En Atención Primaria, explicándoselos a las mujeres en las clases de Educación Maternal y en Atención Especializada, promoviendo y apoyando su utilización durante el trabajo de parto

Se nos presenta un nuevo reto: la formación en estas técnicas alternativas, ya que la mayoría no requieren de material ni instalaciones excesivamente especializada, son simples y fáciles de aplicar. Esto nos haría profesionales aún más completos en la atención al parto normal en todas sus esferas

El manejo de estos métodos llevaría a evitar muchas medidas y técnicas invasivas que tiene lugar en el proceso del parto, siempre y cuando se a lo que las mujeres deseen, ya que ellas son las que deben dirigir su propio parto

LA MANIOBRA DE HAMILTON COMO MECANISMO DE INDUCCIÓN DEL PARTO



M^ª Luisa Hernández Lirola, Marta Martín Pérez, M^ª Isabel Prieto Membrive
Hospital Universitario San Cecilio de Granada

INTRODUCCIÓN:

- La Maniobra de Hamilton o Despegamiento de Membranas fue descrita en el siglo XIX (1810) por James Hamilton y continúa siendo actualmente una técnica ampliamente utilizada.
- El objetivo del despegamiento de membranas es el desencadenamiento de una cascada de eventos fisiológicos que desencadenen el trabajo de parto.
- Se contempla dentro de las técnicas que favorecen el inicio de trabajo de parto de forma mecánica.

METODOLOGÍA:

Revisión sistemática de la bibliografía existente publicada en distintas fuentes de información científica, referente a las distintas formas de inducción del parto desde el año 1977 al 2011.

OBJETIVOS:

- Comprobar la hipótesis de que el uso de la maniobra de Hamilton como el mecanismo de inducción del parto es efectiva.
- Valorar si el uso de esta maniobra evita según la evidencia, la utilización de otros medios de inducción con un mayor coste económico y con mayores efectos adversos tanto para la gestante como para el feto.

RESULTADOS

- Aumenta en 63% - 83% la posibilidad de trabajo espontáneo de parto en 48 horas.
- Consigue nacimiento en una semana en 44%-66% de los casos.
- Efectuada, entre las 38-40 SG disminuye la frecuencia de embarazos cronológicamente prolongados.
- Reduce la utilización de otros métodos de inducción en un 15%.
- No se asocia a infección materna, fiebre ni a infección neonatal.
- No existen efectos adversos en la madre salvo molestias durante el procedimiento.

CONCLUSIÓN:

- Tras realizar una exhaustiva revisión bibliográfica podemos decir que el embarazo cronológicamente prolongado conlleva un aumento de la morbilidad fetal con diferencias significativas si se comparan resultados con los embarazos terminados en las semanas 39-40 de gestación.
- El practicar el despegamiento de membranas provoca una reacción inflamatoria local que consigue unos niveles de prostaglandinas de aproximadamente un 10% de las existentes durante el parto, aumentando los receptores de oxitocina a nivel uterino y un aumento directo de la oxitocina en sangre por lo que se propicia el inicio de trabajo de parto.
- Es el método más barato y con menos efectos adversos de los empleados como mecanismo de inducción del parto.

BIBLIOGRAFÍA

1. National Institute for Health and Clinical Excellence. "Inducción del parto". Nice para la inducción del trabajo de parto. (Julio 2008).
2. Bouvier M, Kelly A, Leshe C, Stan C, Iton O. "Métodos mecánicos para la instauración cervical y la inducción del trabajo de parto" (Rev. Cochrane (traducida) Cochrane Plus, 2008; n°2).
3. Denwood T, Kelly A, Lavis S, Norman J, Allveric Z. "Diferentes métodos para la inducción del trabajo de parto ambulatorio" (Rev. Cochrane (traducida) Cochrane Database of Systematic Reviews 2010).

LOS ABDOMINALES HIPOPRESIVOS FRENTE A LOS ABDOMINALES CLÁSICOS EN LA RECUPERACIÓN POSPARTO

Autores: Inés Martínez Fernández
Inés Rodríguez González

OBJETIVO

1. Mostrar la técnica de la GAIH (gimnasia abdominal hipopresiva)

2. Demostrar la eficacia de los abdominales hipopresivos frente a los clásicos en la recuperación posparto.

3. Beneficios de la GAIH en el posparto.

INTRODUCCIÓN

Después de muchos años que tras el parto se debía recuperar la figura y para ello muchas de ellas realizaban los abdominales clásicos. Esta técnica, tan usada hoy en día, tiene un efecto muy negativo, ya que cualquier contracción abdominal que provoque una disminución del abdomen (o como realizar ejercicios abdominales clásicos), paralelamente, hace una fuerza que siempre se pierde hacia abajo, lo que crea facilitando la incontinencia urinaria de esfuerzo y las prolapsos. Cuando precisamente son esos dos problemas los que pretendemos evitar, con la realización del suelo pélvico que realizamos las mujeres a lo largo de la educación maternal y en los meses posteriores.

El creador de la gimnasia abdominal hipopresiva fue el físico deportivo Manuel Cuatrecasas, que durante los años ochenta y hasta la actualidad ha estado investigando sobre la incontinencia urinaria, relacionada directamente con los ejercicios abdominales. Cuatrecasas creó un método de gimnasia abdominal que no oxigena los músculos del periodo ni del transverso. Estas acciones hacen referencia al periodo, reduciendo determinados tipos de incontinencia urinaria sobre todo la incontinencia de esfuerzo. Se muestra la alta efectividad especialmente en la recuperación posparto, pues a partir del control de la respiración y del diafragma se logra un efecto natural. Se quiere utilizar los ejercicios de forma preventiva y en ciertos casos, de rehabilitación para recuperar la posición de los órganos internos.

METODOLOGÍA

Hemos realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Scopus y PubMed entre otras utilizando los descriptores: incontinencia urinaria de esfuerzo posparto, abdominales clásicos y abdominales hipopresivos (o GAIH o Gimnasia hipopresiva).

Al comparar unos abdominales con otros el resultado fue prácticamente nulo, pensamos que por la poca antigüedad de la GAIH. Sin embargo, existen numerosos artículos que hablan de los inconvenientes de los abdominales clásicos en la incontinencia urinaria de esfuerzo y en los prolapsos de órganos pélvicos. Así como también hemos encontrado artículos que hablan de los múltiples beneficios de la GAIH tanto en el posparto como en otros períodos.

¿EN QUE CONSISTE LA TÉCNICA HIPOPRESIVA?

La Técnica hipopresiva es una técnica muy sencilla de hacer, al primer ciclo de GAIH se realizó por primera vez en 1999, según la técnica fisiocineológica. La gimnasia hipopresiva es un conjunto ordenado de ejercicios posturales dinámicos que permite la integración y la coordinación de los "músculos" por concepto, es simple y comprensible, adecuada a una persona en situación postparto.

Esta Técnica hipopresiva se basa en tres principios. Una deflexión hacia un doble sentido, por un lado están basadas en la conservación de una postura particular durante cierto tiempo, y por otro lado realizan una modificación de la postura en general, es decir, del eje que compone la línea hipopresiva porque en las distintas posturas se produce una caída de la presión abdominal e intraabdominal, esta caída es debida a la relación tónica del diafragma torácico. La caída de presión intra-abdominal provoca una activación refleja de la musculatura del suelo pélvico y de la faja abdominal.

Para realizar los ejercicios conviene estar en una buena postura, espaldas al aire y hacer los ejercicios un día en los patios, pues en se consigue una importante disminución de la presión intraabdominal, ya que el diafragma torácico está relajado y elevado. Al hacer los ejercicios se deben considerar tener en cuenta que pueden ser perjudiciales para personas hipertensas. Vamos a explicar cómo se realizan algunos ejercicios.



¿POR QUÉ NO UTILIZAR LOS ABDOMINALES CLÁSICOS?

Los inconvenientes de los abdominales clásicos se deben a que en los abdominales clásicos se realiza, con la ayuda en muchos de los ejercicios abdominales clásicos, durante una hora de hacer para adaptarse al aumento de presión. Con los ejercicios abdominales tradicionales se obtiene una disminución del tono de

ejercicio de los principales músculos que estabilizan la columna lumbar y sostienen los órganos internos, como es la faja abdominal y el suelo pélvico. Favoreciendo la incontinencia urinaria y el prolapsos de los órganos pélvicos. Los abdominales clásicos provocan una caída especialmente en la mujer, por hacer una zona de tensión en el suelo pélvico y la vagina. En el postparto, cuando el suelo pélvico y la faja abdominal están muy debilitados, no debería prescribirse de cualquier ejercicio que provoque aumentos de presión intra-abdominal pues, si no se tiene en consideración la hipotonia del suelo

pélvico y de la faja abdominal, en este momento tan delicada, los prolapsos graves serían inevitables. Por otro lado, para las especialistas en fisiología respiratoria y para los fisioterapeutas de la familia, desde la literatura se nos recomiendan sobre la

base de lo que se investigó a principios del 2007, los resultados que hacen abdominales débiles el suelo pélvico de las mujeres y a corto-medio plazo las provocan incontinencia urinaria. Hernández de Cosquiol, estudio longitudinal en mujeres. "Abdominales para la mujer" proporciona datos muy clarificados sobre los peligros de las posturas abdominales tradicionales en las mujeres con a) sexualidad y a) problemas posturales tanto en hombres como mujeres.

Se recomienda los ejercicios que relacionan los abdominales clásicos con la incontinencia urinaria y los prolapsos, por ser aumentan la resistencia del suelo pélvico y de la faja abdominal, se debe todo en el postparto donde el tono de incontinencia y prolapsos se debe por sí mismo.



¿POR QUÉ SI UTILIZAR LA GAIH EN EL POSPARTO?

La ventaja de la técnica hipopresiva frente a los clásicos ejercicios abdominales es que no provoca un descenso de la musculatura pélvica y de los órganos abdominales.

Previene eficazmente la caída de órganos como el útero, la vagina y el recto, evitando los problemas derivados de estas patologías como la incontinencia de orina y de heces. El descenso del útero provoca dolores, distensiones como dolor lumbar, prolapsos a nivel vaginal y, en muchos casos poca satisfacción sexual con dificultad para llegar al orgasmo, o molestias durante la relación sexual.

Es muy útil también en los casos de escoliosis y lumbalgias del embarazo porque produce un estiramiento de la columna vertebral, normalizando los músculos musculares y recuperando el equilibrio corporal.

Estas técnicas hipopresivas provocan una caída constante de la presión intra-abdominal e intra-torácica, debida a la relación tónica del diafragma torácico, y provocan una activación refleja de la musculatura del suelo pélvico y de la faja abdominal.

No solo se recomienda en el postparto también en la menopausia, cargas ginecológicas, estomatitis, uterinos que producen dispositivos de implantes intra, equitación... reducir el perímetro de la cintura.

Consideramos que por sus múltiples beneficios, no solo a las puerperas sino a toda la población femenina. Las matronas deberíamos enseñar y difundir dicha técnica a todas las señoras que lo deseen así como formarnos en dicha técnica.

MELA: MÉTODO DE LACTANCIA Y AMENORREA, UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO PARA MUJERES QUE AMAMANTAN

AUTORAS: Rivas Macías, Dolores / Luna Valero, Juana María / Bueno Montero, Estefanía /

OBJETIVOS

- 1º Presentar el Método de la Lactancia y Amenorrea (MELA) y ofrecer una guía para su uso apropiado en la planificación familiar del periodo postparto.
- 2º Dar a conocer el MELA, sus condiciones, ventajas y desventajas, para así promocionarlo como Método Anticonceptivo.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó una revisión bibliográfica con el objetivo de conocer la evidencia científica actual, en las bases de datos Cochrane, Medline, PubMed y Cuiden.

INTRODUCCIÓN

Condiciones del MELA:

- 1º: La menstruación de la madre no ha vuelto (AMENORREA).
- 2º: La madre lacta a su bebé exclusivamente a demanda de día y de noche. (Sin intervalos mayores de 4 horas durante el día y 6 horas durante la noche).
- 3º: El bebé es menor de 6 meses. Como promoción de la salud tanto para la madre como para el bebé y un mayor impacto del método de planificación familiar, sería importante añadir una cuarta condición: **El inicio oportuno y el uso continuado de otro método cuando las condiciones varíen.**

Beneficios:

- La eficacia de este método es del 98% o más.
- Se puede utilizar inmediatamente después del parto.
- No tiene ningún efecto secundario.
- Motiva a las madres a amamantar exclusivamente, contribuyendo a prácticas óptimas de lactancia materna, por tanto mejora la salud y la nutrición de la madre y el niño.
- Es un método natural, basado en la propia fisiología, económico, que no requiere dispositivos médicos u hormonas artificiales y facilita la transición a otro método.

RESULTADOS:

- En el Consenso de Bellagio (OMS, UNICEF Y Family Health International FHI) después de numerosos estudios sobre el terreno demostraron su validez.
- La OMS Y el IRH tanto en estudios retrospectivos como en prospectivos en numerosos países y culturas observaron tasas de eficacia de más del 98%.
- Los últimos estudios confirman que la probabilidad de un nuevo embarazo es más bien del 1%.

CONCLUSIONES

- El MELA ha sido aceptado como método natural de Planificación Familiar que no requiere abstinencia, no tiene efectos secundarios, como un método introductorio en el postparto o para una mujer que duda qué método usar.

- Además promocionará la lactancia materna exclusiva y prolongada y motivará a la madre a utilizar otro método anticonceptivo después del MELA.

La educación anticonceptiva sobre el MELA se debe iniciar en las clases de Educación Maternal, continuando en las consultas y en la educación postparto para aumentar el buen uso del método y reducir embarazos no planificados.



Atención socio-sanitaria a la gestante ante la aparición de malformaciones tardías en el embarazo

Elena Arroyo Bella; Carolina Cuervo Murillo; Docente: Sandra Sukkarieh Noria

DEFECTOS CONGENITOS (DEFINICIÓN OMS)

Toda anomalía del desarrollo morfológico, estructural, funcional o molecular, presente al nacer (aunque pueda manifestarse más tarde), externa o interna, familiar o esporádica, hereditaria o no, única o múltiple.

ESTOS DATOS NOS INDICAN QUE:

La necesidad de especialistas tanto para el diagnóstico como para el tratamiento va a ser elevado.

Estamos frente a un problema de salud pública de primer orden.

Muchas familias se acogen al derecho legal de interrumpir la gestación ante el diagnóstico ecográfico de una malformación mayor.

- Aunque las mujeres están informadas sobre los objetivos de la prueba, no siempre comprenden la información.
- La ecografía alivia las tensiones y provoca inquietudes.
- Ver en una pantalla imágenes de ultrasonido que pueden parecer un bebé, lo transforma en un ser social, lo da a conocer a la opinión pública y adquiere individualidad.
- Estas imágenes son fuentes de especulación y un placer para los padres, haciendo que el embarazo sea más real, incluso antes de que la madre sienta los primeros movimientos de su hijo.

Objetivos

Generales:

- Aprender a asistir a la gestante ante la aparición tardía de malformaciones en los hallazgos ecográficos.

Específicos:

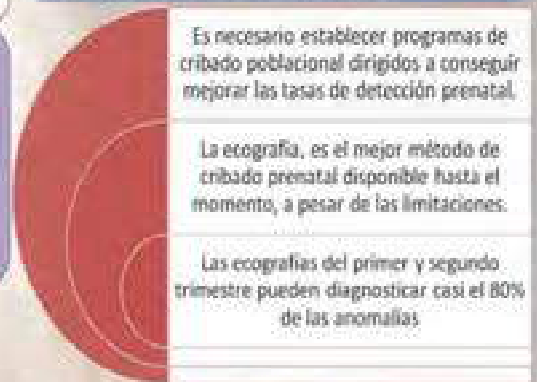
- Conocer el pensamiento de la mujer (gestante) ante las pruebas diagnósticas durante el embarazo.
- Saber acompañar a la gestante y su familia en todo el proceso de toma de decisiones, ofreciendo la información necesaria.
- Estar capacitado para orientar a la mujer gestante sobre las pruebas que se realizan en el embarazo y el objetivo de las mismas.

PROCEDIMIENTO MÉDICO A LA HORA DE INFORMAR:



DATOS ESTADÍSTICOS

- 2-3 % de los recién nacidos
- Aumenta al 7 % en el primer año de vida.
- El 20 % de las muertes ocurridas en el primer año de vida se debido a estas malformaciones.
- Hasta el 4% de los embarazos presentan malformaciones, de las cuales aproximadamente el 2%, son mayores.
- Las malformaciones más frecuentes son las cardíacas, seguidas de las del sistema nervioso central.
- Junto con la anoxia y la prematuridad, son los primeros responsables de la morbilidad infantil.



- Es necesario establecer programas de cribado poblacional dirigidos a conseguir mejorar las tasas de detección prenatal.
- La ecografía, es el mejor método de cribado prenatal disponible hasta el momento, a pesar de las limitaciones.
- Las ecografías del primer y segundo trimestre pueden diagnosticar casi el 80% de las anomalías

Material y Métodos:

Búsqueda bibliográfica sobre las principales bases de datos: CUIDEN, Cochrane, PubMed, Lilacs, Scielo.

- Mientras recibe la información, la atención de la gestante tiende a dispersarse, disminuyendo su capacidad para registrar la información.
- El obstetra se da cuenta de que la información no se ha entendido, ya que la gestante ha perdido su capacidad de escuchar en el momento más crítico de la comunicación.
- El obstetra debe ser consciente de que el contenido de la información no será entendido hasta más tarde, y que no debía preparar colamente lo que dice, sino también examinar todos los aspectos involucrados en la comunicación.

CONCLUSIONES:

- Ni las mujeres embarazadas ni sus parejas están preparados para recibir malas noticias durante la realización de ecografías obstétricas. Ello implica la necesidad de prepararles previamente, ya que les ayudaría a asumir o al menos entender el objetivo de dicha prueba.
- Desde las consultas de atención primaria debemos explicarles en qué consisten las ecografías y para qué sirven.
- No debemos dar nuestra opinión, ni aconsejar acerca de lo que haremos nosotros en esa misma situación: somos en este momento un apoyo muy importante para la pareja que necesita expresar libremente todos sus miedos e inquietudes sin sentirse juzgados.
- La ventaja del diagnóstico prenatal es grande con respecto a los inconvenientes, ya que ayuda a la mujer y a la familia a asumir el problema y buscar ayuda antes del nacimiento, además de poder tomar medidas terapéuticas adecuadas al nacimiento.
- Es necesario valorar la creación de un programa en las consultas de matrona de atención primaria en el que incluyamos a todos estos casos en los que se detectan problemas en el embarazo, con el fin de llevar un buen control sobre ellas además de poder estudiar adecuadamente los resultados obtenidos.

BIBLIOGRAFÍA: 1. Elvira Arroyo Bella, Carolina Cuervo Murillo, Sandra Sukkarieh Noria. Atención socio-sanitaria a la gestante ante la aparición de malformaciones tardías en el embarazo. *Revista de Ginecología y Obstetricia*, 2015; 15(1): 1-10. 2. Organización Mundial de la Salud. *Defectos congénitos*. Ginebra: OMS, 1992. 3. Ministerio de Salud. *Manual de diagnóstico y tratamiento de las malformaciones congénitas*. Lima: OMS, 1998. 4. Organización Mundial de la Salud. *Defectos congénitos*. Ginebra: OMS, 1992. 5. Organización Mundial de la Salud. *Defectos congénitos*. Ginebra: OMS, 1992. 6. Organización Mundial de la Salud. *Defectos congénitos*. Ginebra: OMS, 1992. 7. Organización Mundial de la Salud. *Defectos congénitos*. Ginebra: OMS, 1992. 8. Organización Mundial de la Salud. *Defectos congénitos*. Ginebra: OMS, 1992. 9. Organización Mundial de la Salud. *Defectos congénitos*. Ginebra: OMS, 1992. 10. Organización Mundial de la Salud. *Defectos congénitos*. Ginebra: OMS, 1992.

La matrona, piedra angular en la promoción de la lactancia materna

INTRODUCCIÓN:

La promoción de la lactancia materna constituye un imperativo de salud en la actualidad. La implicación de los profesionales de la salud que participan en las etapas de embarazo, parto, puerperio y atención pediátrica, así como la coordinación entre Atención Primaria y Especializada es estrictamente necesaria. La educación para la salud y el apoyo a las madres que amamantan son la base para la promoción de la lactancia materna.

OBJETIVO:

Destacar la importancia de las intervenciones de la matrona en la promoción de la lactancia materna.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realizó una revisión bibliográfica consultando las siguientes bases de datos: Cochrane, Pubmed, Cuiden, Scielo, Best Practice, así como las guías de práctica clínica recomendadas por la IHAN y AAP. Se consultó la directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales y el documento de Competencias Esenciales para la práctica básica de la partería de la ICM.

RESULTADOS:

La regulación de la formación teórico-práctica de la matrona garantiza su capacitación para el manejo de la lactancia materna, quedando comprendida entre sus competencias esenciales. La implicación de la matrona es fundamental para el desarrollo de intervenciones que promuevan una lactancia eficaz:

ATENCIÓN PRIMARIA

- ✓ Informar en el embarazo sobre la fisiología de la LM y los problemas más comunes
- ✓ Dar a conocer los recursos de apoyo a la LM
- ✓ Interesarse por la intención de amamantar
- ✓ Apoyar a las madres que amamantan en consulta y taller de lactancia
- ✓ Planificar el mantenimiento de la LM cuando la madre se incorpore al trabajo
- ✓ La matrona de Área es valorada como un apoyo decisivo entre las madres que amantan

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

- ✓ Facilitar la realización del el contacto piel-piel precoz
- ✓ Garantizar una toma en el postparto inmediato
- ✓ Apoyar a la madre que amamanta en su estancia hospitalaria
- ✓ Mayores tasas de inicio de LM en los partos realizados por matronas

CONTINUIDAD ASISTENCIAL

CONCLUSIONES:

La matrona es un profesional cualificado y capacitado para la promoción de la lactancia materna y atención a mujeres que amamantan y sus hijos. Constituye una pieza clave dentro del equipo multidisciplinar que interviene en la promoción de la lactancia materna por su participación activa y continuada en los procesos de embarazo, parto y puerperio; su formación específica en educación para la salud y su coordinación con el resto del equipo.

AUTORES: López Márquez, Juana; Sánchez Casal, M^a Irma; Mata Saboido, M^a José

2014

Este documento es una obra derivada de la obra "Guía de práctica clínica. Lactancia materna en Atención Primaria", publicada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social en el año 2014.

Este documento es una obra derivada de la obra "Guía de práctica clínica. Lactancia materna en Atención Primaria", publicada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social en el año 2014.

Este documento es una obra derivada de la obra "Guía de práctica clínica. Lactancia materna en Atención Primaria", publicada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social en el año 2014.

Este documento es una obra derivada de la obra "Guía de práctica clínica. Lactancia materna en Atención Primaria", publicada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social en el año 2014.

Este documento es una obra derivada de la obra "Guía de práctica clínica. Lactancia materna en Atención Primaria", publicada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social en el año 2014.

Este documento es una obra derivada de la obra "Guía de práctica clínica. Lactancia materna en Atención Primaria", publicada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social en el año 2014.

Este documento es una obra derivada de la obra "Guía de práctica clínica. Lactancia materna en Atención Primaria", publicada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social en el año 2014.

Este documento es una obra derivada de la obra "Guía de práctica clínica. Lactancia materna en Atención Primaria", publicada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social en el año 2014.

ASPECTOS BIOSOCIALES DE UN ÁREA DE SALUD Y SU RELACION CON LA GANANCIA DE PESO EN EL EMBARAZO

Autore: Iratxe Rodríguez Fontán, Virginia Valmóns Domínguez, Tereza García Román

OBJETIVO

Los objetivos de nuestra investigación son dos:

- Objetivo 1 **⇒** Describir determinados aspectos biosociales de la población gestante del área de salud de Don Benito-Villanueva de la Serena tales como: lugar de residencia, edad, estado civil, nivel de estudio, situación laboral, número de embarazos y kilos ganados en la gestación. En este punto se expone tres de ellos: edad, nivel de estudio y kilos ganados en la gestación.
- Objetivo 2 **⇒** Estudiar la influencia o relación que dichos aspectos tienen sobre la ganancia de peso en el embarazo. En esta exposición se exponen dos de ellos: la edad y la paridad.

MATERIAL Y MÉTODO

Nuestra población de estudio han sido 120 mujeres embarazadas que acudían al Hospital de Don Benito-Villanueva de la Serena (Badajoz). Las mujeres seleccionadas eran aquellas que acudían al servicio de partos entre los meses de enero y marzo de 2011 bien para finalizar su gestación o bien por otro motivo. Eran embarazos de término. Se seleccionaba a las embarazadas con un IMC de entre 18,5 y 24,9 según el Comité de Expertos de la O.M.

Las mujeres que llegaban al servicio de partos, y que cumplían las condiciones anteriormente citadas y siempre previa consentimiento informado, se les realizaban una encuesta estructurada, que junto con la Cartilla Maternal eran los métodos o las intenciones para recoger la información.

La encuesta consistía en un cuestionario de 6 ítems sobre las características sociales y demográficas de las madres tales como: lugar de residencia, edad, estado civil, nivel de estudio, situación laboral y número de embarazos.

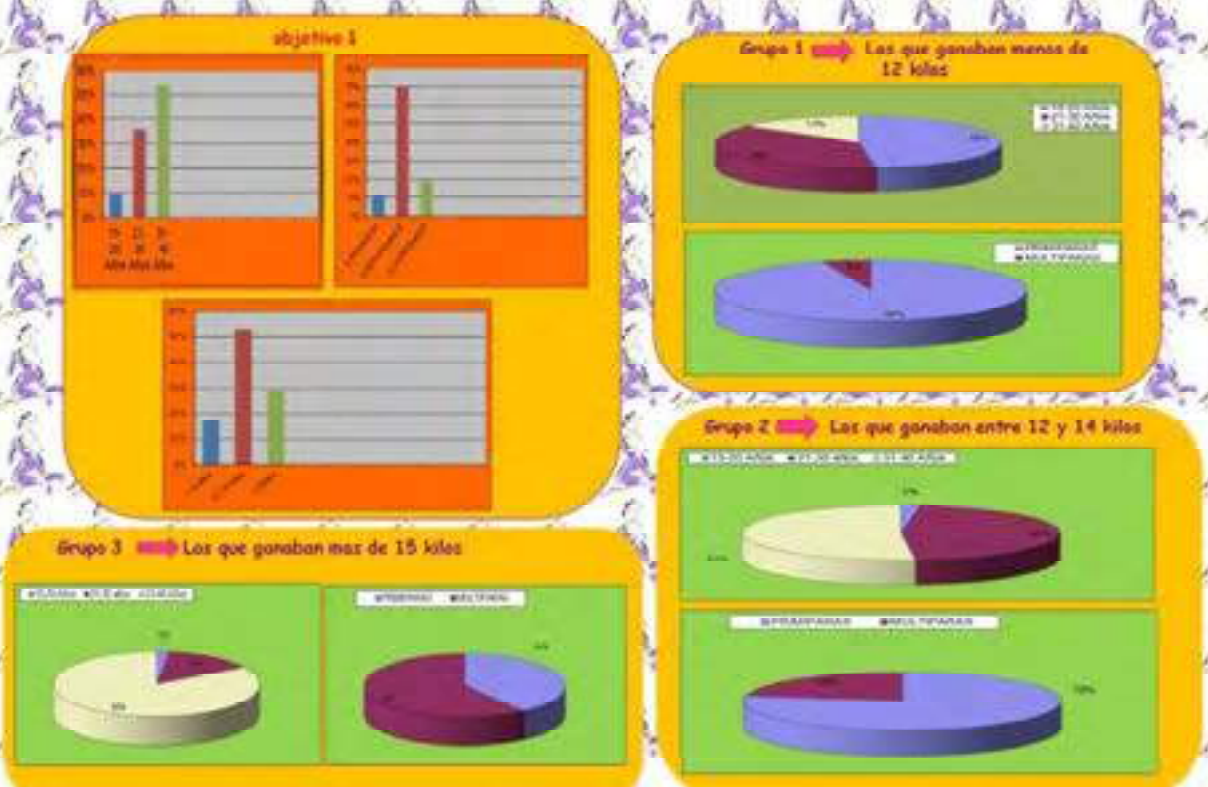
La Cartilla Maternal era utilizada para cuantificar los kilos ganados en el embarazo simplemente comparando el peso al inicio de la gestación y al peso al final de la misma. De esta forma se dividía a la población en tres grupos:

- Grupo 1 **⇒** Las que ganaban menos de 12 kilos.
- Grupo 2 **⇒** Las que ganaban entre 12 y 14 kilos.
- Grupo 3 **⇒** Las que ganaban más de 15 kilos.

Para el primer objetivo, que era describir aspectos biosociales de la población de estudio hemos acudido a la estadística descriptiva. La descripción de los resultados se realizó mediante la distribución de frecuencias de cada uno de las categorías. Hemos calculado el tanto por ciento que representa cada categoría y a continuación los datos eran procesados por el programa EXCEL/MILENIO y representados gráficamente mediante diagramas de barras.

Nuestro segundo objetivo consistía en ver la influencia que dichos aspectos biosociales tienen sobre la ganancia de peso en la gestación, para ello hemos utilizado un diseño o estudio observacional, descriptivo, transversal también llamado de prevalencia. Estos diseños estudian la relación entre un suceso o fenómeno de salud (en nuestro caso la ganancia de peso en el embarazo) con algunas variables en un determinado momento de tiempo.

ALGUNOS DE LOS RESULTADOS



ALGUNAS CONCLUSIONES DEL ESTUDIO

En relación con nuestro estudio los resultados al respecto son los siguientes:

- Cantidad de tener un primer embarazo ha disminuido considerablemente, debido a numerosas razones que no tiene al caso, pero que serán un buen motivo de estudio por sí mismas.
- En embarazos de término, cuando se han embarazado en mujeres mayores de 35 años, tienen numerosas veces más hijos.
- Las mujeres del Área de Salud de Don Benito-Villanueva se caracterizan por su mayor edad y su nivel de estudios es medio.
- El número de hijos ganados de mujeres embarazadas está dentro de la normalidad (normalmente son 12-14 kilos). También está presente un número de peso ganado que una disminución respecto del mismo.

Con respecto al segundo número 2:

- Las mujeres que ganan menos de 12 kilos suelen ser adolescentes, algunas en su mayoría, en paro y desempleadas.
- Las que ganan entre 12 y 14 kilos suelen reside en Don Benito, tener entre 20 y 40 años, casadas y han cursado estudios medios en su mayoría y trabajan con frecuencia.
- Las que ganan más de 15 kilos tienen entre 30 y 40 años, casadas, están en paro y su embarazo no suele ser el primero, ya han estado gestando otros.

MANEJO DE LA HIPOGLUCEMIA NEONATAL NUEVAS EVIDENCIAS



AUTORAS: BEATRIZ VALVERDE MELERO Y ALEJANDRA NUÑEZ CONCEPCIÓN

OBJETIVO: Conocer las nuevas evidencias sobre el manejo de la hipoglucemia neonatal para evitar la utilización sistemática de fórmulas artificiales y conseguir mejores resultados en lactancia materna.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión bibliográfica en las principales bases de datos científicas, Cuiden, Cochrane.

INDICACIONES: Los controles de glucemias en recién nacidos sanos que van a planta estarían indicados en la primera hora de vida en los siguientes casos:

- Recién nacido con sintomatología
- Pretérminos menores de 37 semanas de edad gestacional
- Menor de percentil 10 o mayor de percentil 90

NIÑAS	p 10	p90	NIÑOS	p10	p90
37	2060	3205	37	2185	3390
38	2250	3390	38	2400	3570
39	2410	3540	39	2575	3720
40	2550	3660	40	2710	3840
41	2665	3745	41	2860	3990

- Hijos de madre diabética (tanto insulino dependiente como en tratamiento con dieta)
- Hijos de madre en tratamiento con betabloqueantes o hipoglucemiantes
- Estrés perinatal, asfixia, sepsis, policitemia, hipotermia.

DIAGNÓSTICO: Determinación en sangre plasmática <45mg/dl. Enviaremos muestra venosa a laboratorio en caso de determinación en glucómetro <40mg/dl. Debe ser enviada rápidamente ya que baja 15-20 mg/dl a la hora a temperatura ambiente.



CONCLUSIÓN

La utilización de sucedáneos en recién nacidos con riesgo de hipoglucemia neonatal no debe ser sistemática ya que influye negativamente en la instauración de la lactancia materna. Sólo deben utilizarse cuando los estrictos controles así lo indiquen.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TACTO VAGINAL

Pulido Arcas.A, Ariza Salamanca.MC, González Gómez.A

OBJETIVOS

- Determinar los aspectos legales que sustentan el consentimiento informado.
- Elaborar un consentimiento informado por escrito, referente al tacto vaginal, para las gestantes.
- Proporcionar información a la gestante, acerca del tacto vaginal, completa y comprensible.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica de texto editado y de las bases de datos: enfispo, IME, PubMed y CINAHL

RESULTADOS

En nuestro país, el concepto de consentimiento informado ha sido recogido en:

- Ley General de Sanidad de 1986 (Ley 14/1986, de 25 de abril): artículos 10.5 y 10.6.
- Convenio de Oviedo (04/04/1997): artículos 5, 6, 7, 8 y 9.
- Código Deontológico de la Enfermería Española (1988): artículos 7, 8, 9 y 17.
- Código de Ética y Deontología Médica (1999): artículos 10.1 y 10.4

El consentimiento constaría de varios apartados:

- 1.) Introducción donde se explica por qué es necesario realizar el tacto.
- 2.) Objetivo: queda reflejado aquello que la matrona determinará una vez realizado el tacto.
- 3.) Descripción de la técnica: se explica, principalmente, de manera gráfica la posición que adoptará la mujer, la matrona así como la posición de la mano que realice el tacto.
- 4.) Beneficios y Contraindicaciones. Finalmente la gestante puede aceptar o rechazar la técnica.



CONCLUSIONES

Una buena información y la participación de la persona en la toma de decisiones puede tener beneficios, además de mejorar la satisfacción del paciente. Sería necesario que la matrona, como profesional capacitado y cualificado, que realiza la técnica del tacto vaginal incorpore a su práctica diaria el documento del consentimiento informado para el tacto vaginal.

Satisfacción de las mujeres atendidas en un Servicio de Paritorios

Marta Zamorano Agustín, Isabel Delgado Martín, Lydia Salcedo Clemos,
Lucía Monzón Muñoz, Enrique Ramón Arbués

OBJETIVO

Determinar de forma pormenorizada el nivel de satisfacción de las mujeres atendidas en el Servicio de Paritorios del Hospital Universitario Lozano Blesa de Zaragoza (HCU).

METODOLOGÍA

Se realizó una encuesta, confeccionada ad hoc, a una muestra de 133 mujeres captadas aleatoriamente (Tabla 1). Esta herramienta valoró tres dimensiones de satisfacción:

- **Dimensión Cognitiva.** Cantidad y calidad de la información recibida.
- **Dimensión Afectiva.** Cercanía, interés y empatía del profesional.
- **Dimensión Técnica.** Habilidades y competencias clínicas del profesional.

RESULTADOS

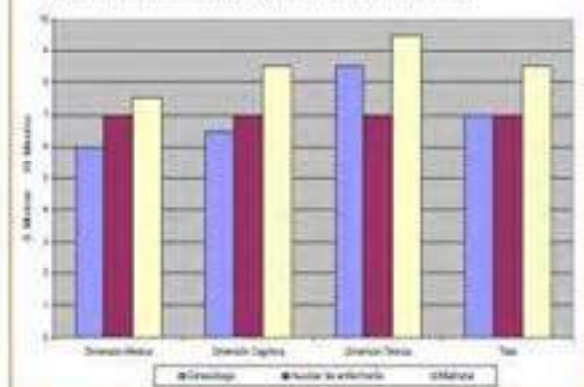
De forma global, la satisfacción de las mujeres atendidas en el HCU (Enero-Febrero de 2011) fue de 7,5 sobre 10, observándose moderadas diferencias en función del colectivo valorado (Figura 1).

En el análisis multivariante, no se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$) en la satisfacción de las participantes en función de las variables edad, origen geográfico, paridad, lugar de residencia, nivel educativo y económico.

Tabla 1. Características de la muestra.

Edad	
Media (Desv. típica)	30,7 (4,2)
Paridad	
Primipara	70 (52,6%)
Multipara	63 (47,4%)
Nivel económico	
Favorecido	46 (34,6%)
No favorecido	87 (65,4%)
Procedencia geográfica	
Autóctona	98 (73,7%)
Inmigrante	35 (26,3%)
Lugar de residencia	
Rural	77 (57,9%)
Urbano	56 (42,1%)
Nivel educativo	
Ninguno	1 (0,8%)
Bajo	29 (21,8%)
Medio	67 (49,9%)
Universitario	46 (34,5%)

Figura 1. Satisfacción media de las gestantes con la asistencia recibida.



DISCUSIÓN

- ✓ La enfermería (Matrona) es con cierta holgura el gremio mejor valorado.
- ✓ Las participantes mostraron su mayor satisfacción con la dimensión científico técnica.
- ✓ Debe realizarse un esfuerzo por mejorar el acercamiento afectivo a la mujer de parto.

BIBLIOGRAFÍA

- Nasser LM, Farnito MA, Pozos PA, Ferrello S, Clark G, Ferrinich. Evaluation of research into 3 models of prenatal care. *J Sex Marital Ther.* 2011;37(2): 118-26.
- Miraglia J. Female sexual function, obstetrics, and pregnancy: implications for practice. *J Midwifery Women's Health.* 2010 Sep-Oct;55(5): 430-48.
- Mohamadz A, Skomrovec J, Rogala J. Sexuality and pregnancy. *Clinical Obstet Gynecol.* 2006 Sep;53(3): 333-9.
- Osajima S, Sejima K. The effect of pregnancy sexual life. *J Sex Marital Ther.* 2005 May;31(2): 201-10.
- Sacramento G, Cardoso FL. Sexual life and obstetric behavior during pregnancy among Brazilian women: a retrospective study. *J Sex Marital Ther.* 2010;36(2): 124-36.
- Unger-Tomas M, Grollman T. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *J Midwifery Women's Health.* 2005 Oct;51(5): 385-9.

MANEJO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO PRECOZ

Verónica Paredes Rubio*, Begoña Salvador Sabés*, Natalia Barrio Forné*, Marta Sánchez Gil **, Celia Salinas Subías**

*Matrona Residente, Unidad docente de Matronas de Aragón, **Matrona

INTRODUCCIÓN

En el periodo de alumbramiento se pueden producir complicaciones maternas graves, siendo la hemorragia posparto precoz la más importante y frecuente.

Para disminuir su incidencia la primera actuación debe ser la prevención teniendo en cuenta la presencia de factores de riesgo durante el embarazo y el parto, siendo importante conocer las medidas de actuación en caso de aparición.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda exhaustiva en las bases de datos Pubmed, Biblioteca Cochrane, Guiden plus... acotando los documentos encontrados a los últimos 9 años.

RESULTADOS

En nuestro país la HPP presenta una incidencia del 13% y es la 2ª causa de mortalidad materna. Entre las causas destaca principalmente la atonía uterina, otras menos frecuentes son: retención placentaria, desgarros del canal blando y coagulopatías.

Los estudios encontrados destacan que 2/3 partes de las hemorragias posparto ocurren en mujeres sin ningún factor de riesgo.

Los factores predisponentes se pueden dividir en factores prenatales e intraparto. Los más comunes son: partos inducidos, precipitados o prolongados, parto instrumental, placenta retenida, preeclampsia, obesidad IMC >35, edad materna mayor de 30 años, pandidad elevada...

CONCLUSIONES

El diagnóstico de la HPP es evidentemente clínico, para lo cual es importante conocer los signos y síntomas de la pérdida de volumen sanguíneo.

El primer paso será determinar la etiología del sangrado, principalmente para diferenciar si la hemorragia es uterina o debido a algún desgarro del canal de parto u otros factores como coagulopatías, para así actuar en consecuencia.

Nuestra actuación como matronas en caso de HPP consistirá en:



El mejor tratamiento de la hemorragia postparto es la prevención valorando los factores de riesgo y realizando el manejo activo del alumbramiento.

BIBLIOGRAFÍA

RCOG Prevention and management of postpartum haemorrhage. Green-top guideline 2009.52:1-24

•Servicio canario de salud. Guía de actuación clínica ante la hemorragia posparto precoz. 2006.

•Jose Angel Garcia. Protocolo asistencial de Hemorragia postparto. 2003.

Leduc D, Senikas V, Lalonde A. Active Management of the Third Stage of Labour. Prevention and Treatment of Postpartum Hemorrhage JOGC. 235-980-993.2009

¡URGENCIA! ¡DISTOCIA DE HOMBROS!

Autores: Carmen Teresa Maján Sesmero, Sonia Carrillo Aguilera, Gema Hernández Juan, Erika González Muñoz, Verónica Polo Aguilera. Matronas.

INTRODUCCIÓN

La distocia de hombros es una urgencia obstétrica que se presenta en los partos en 1 de cada 200 partos. Es una urgencia con una elevada morbilidad materno-fetal: lesión del plexo braquial, rotura clavicular, desgarras perineales, rotura uterina... El conocimiento adecuado de cada uno de los pasos a seguir disminuye significativamente las consecuencias negativas.

Los ejercicios de entrenamiento (training simulator) ayudan a disminuir enormemente los resultados lesivos para la madre y el hijo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una búsqueda de artículos en la base de datos Pubmed introduciendo los términos "dystocia shoulder".

Búsqueda en las bases de datos CUIDEN, IME y Cochrane con los términos "distocia de hombros".

RESULTADOS

ESTRATEGIA DE ACTUACIÓN

- Evitar pujo materno
- Evitar tracción desesperada
- Evitar presión fúndica
- ¡Ayuda!

- Maniobra de McRoberts
- Compresión suprapúbica
 - ▶ Técnica de Mazzanti (dirección posterior)
 - ▶ Técnica de Rubin (dirección lateral)
- Maniobra Gaskin

- Asegurar espacio adecuado para la manipulación intravaginal.
- Adecuada analgesia
- Maniobras de rotación:
 - ▶ De Woods (rotación posterior)
 - ▶ Maniobra de Rubin (invertida de Woods, rotación anterior)

- Maniobra de Zavanelli → Cesárea
- Sinfisiotomía, Cleidotomía

CONCLUSIONES

- Una adecuada anticipación puede ayudar para tener mejores resultados perinatales (macrosomía, diabetes, parto instrumentado).
- La sincronización con todo el equipo obstétrico y neonatal es de obligado cumplimiento.
- El entrenamiento práctico previo en pregrado y el reciclaje de postgrados se acompañan de mejores resultados en esta urgencia obstétrica.



BIBLIOGRAFÍA

- Marques JB, Reynolds A. Shoulder dystocia: an obstetrical emergency. Acta Med Port. 2011 Jul;24(4):613-20. Epub 2011 Dec 12.
- Polti S, D'Emidio L, Cignini P, Giordano M, Giordano C. Shoulder dystocia: an Evidence-Based approach. J Prenat Med. 2010 Jul;4(3):35-42.
- Athukorala C, Middleton P, Crowther CA. Intervenciones intraparto para la prevención de la distocia del hombro La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.



Óxido Nitroso: una alternativa analgésica eficaz en el parto.

M^{rs} Isabel Prieto Membibre, Marta Martín Pérez, M^{rs} Luisa Hernández Lirio,
Pilar Izagorriola Ordoñez, Isabel María Rodríguez Frías.



XV Congreso Nacional de Matronas de la Asociación Española de Matronas
"Mucho por encajar"
Madrid 21,22 y 23 de Junio de 2012



INTRODUCCIÓN

En los últimos años las mujeres demandan otro tipo de métodos analgésicos alternativos a la epidural, métodos no invasivos y con menores efectos secundarios que les concedan un papel más activo en el parto. Uno de estos métodos analgésicos alternativos lo constituye el óxido nítrico al 50%. En algunos países como Canadá, Inglaterra, Francia, Suecia y Australia se describe su utilización en el 40-50 % de los partos. Sin embargo, en nuestro país continúa siendo una práctica poco implantada. El deseo de analgesia y la elección del método van a estar influenciados por múltiples factores, físicos, culturales, las expectativas de la mujer, la complejidad del parto y la intensidad del dolor. El óxido nítrico no es un analgésico muy potente para el parto, pero según la literatura científica, aparentemente es seguro para la mujer y para el recién nacido. Hemos querido constatar que efectivamente el óxido nítrico es una alternativa analgésica eficaz en el parto a través de la comprobación durante nuestra práctica clínica.

METODOLOGÍA

Auditoría interna o auto-auditoría, donde la evaluación va a ser realizada por los profesionales que estamos relacionados con la asistencia.

Objetivo principal:
Evaluar la eficacia y seguridad del uso del óxido nítrico al 50% como método analgésico en el parto.

Objetivos secundarios:
Valorar la eficacia del uso del óxido nítrico al 50% como alternativa analgésica en relación a la paridad.
Valorar la eficacia del uso del óxido nítrico al 50 % según el tipo de inicio del parto.

Muestra:
En el H.U. San Cecilio en el año 2011, se realizaron un total de 2114 partos eutócicos de los cuales 323 fueron asistidos por las matronas que participan en la elaboración de esta auditoría.

Atendiendo a los criterios de inclusión de la población, seleccionamos una muestra de 112 mujeres que usaron óxido nítrico en algún momento de su parto. Para un nivel de confianza del 90%, una precisión del +/- 10 % y una probabilidad del 50% para nuestra población (más de 112 mujeres que usaron el óxido nítrico durante su parto, el tamaño muestral obtenido es de 52 mujeres).

La elección de la muestra de estas 52 mujeres, se hizo mediante un muestreo sistemático con arranque aleatorio.

Población
Criterios de inclusión:
Gestantes cuyo parto ha sido asistido en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del H.U. San Cecilio y que tras ser informadas de los distintos métodos analgésicos desearan utilizar el óxido nítrico al 50%.

Criterios de exclusión:
Gestantes asistidas por el Servicio de Obstetricia y Ginecología del H.U. San Cecilio con algún tipo de patología o circunstancia que contradiga su uso y los terminados en cesárea o parto instrumental.

Período de estudio: Del 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2011.

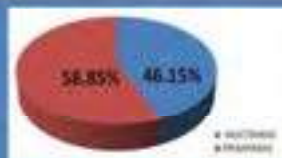
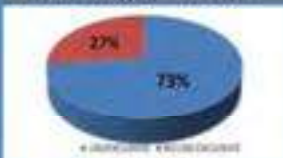
Ámbito de estudio: Hospital Universitario San Cecilio de Granada.

Fuente de información: Partogramas informatizados.

Recogida de datos: Historias Clínicas.

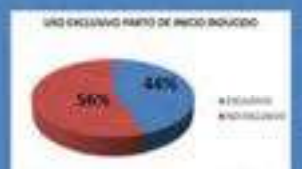
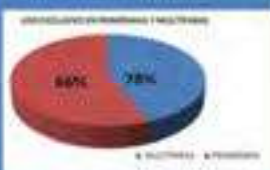
RESULTADOS

- El 73% de las mujeres de la muestra usaron el Óxido Nítrico de forma exclusiva como método analgésico en el parto.
- Del total de la muestra, 46.15% eran primíparas y el 53.85% multiparas.
- De las primíparas el 66% usaron el Óxido Nítrico de forma exclusiva mientras que las multiparas lo hicieron en un 70%.
- El inicio del parto fue de forma espontánea en un 82.7% y de forma inducida en un 17.3%.
- De las de inicio espontáneo, el 78.74% usaron el Óxido Nítrico de forma exclusiva frente a un 44.4% de las que fueron inducidas.



CRITERIOS, INDICADORES, ESTÁNDAR

- Criterio 1:**
Las gestantes que así lo decidan podrán utilizar de forma exclusiva el óxido nítrico al 50% como método analgésico durante el parto. **Estándar:** Óptimo 50%, Mínimo 40%.
Indicador: 7^o de gestantes que usan de forma exclusiva el óxido nítrico durante el parto x 100^o nº de gestantes que deciden el uso del óxido nítrico como analgesia en el parto. $35/52 \times 100 = 67.3\%$
- Criterio 2:**
Primíparas que usen de forma exclusiva el óxido nítrico al 50% como método analgésico durante el parto. **Estándar:** Óptimo 50%, Mínimo 40%.
Indicador: 1^o de gestantes primíparas, que usen de forma exclusiva el óxido nítrico durante el parto x 100^o nº de gestantes primíparas que deciden el uso del óxido nítrico como analgesia en el parto. $16/24 \times 100 = 66.6\%$
- Criterio 3:**
Multiparas que usen de forma exclusiva el óxido nítrico al 50% como método analgésico durante el parto. **Estándar:** Óptimo 70%, Mínimo 50%.
Indicador: 3^o de gestantes multiparas, que usen de forma exclusiva el óxido nítrico durante el parto x 100^o nº de gestantes multiparas que deciden el uso del óxido nítrico como analgesia en el parto. $32/38 \times 100 = 78.9\%$
- Criterio 4:**
Las gestantes que utilicen el óxido nítrico al 50 % como método de analgesia en el parto no padecerán ningún tipo de afección o patología que contradiga su uso.
Estándar: Óptimo 95%, Mínimo 90%.
Indicador: 1^o de gestantes que usen el óxido nítrico en el parto en ausencia de patología que contradiga su uso x 100^o nº total de gestantes que utilizan el óxido nítrico. $32/32 \times 100 = 100\%$
- Criterio 5:**
Gestantes que inician su parto de forma espontánea que usen de forma exclusiva el óxido nítrico al 50% como método analgésico. **Estándar:** Óptimo 70%, Mínimo 40%.
Indicador: 7^o de gestantes que inician su parto de forma espontánea, que usen de forma exclusiva el óxido nítrico durante el parto x 100^o nº de gestantes que inician el parto de forma espontánea y que utilizan el óxido nítrico como analgesia en el parto. $33/42 \times 100 = 78.7\%$
- Criterio 6:**
Gestantes que inician su parto de forma inducida que usen de forma exclusiva el óxido nítrico al 50% como método analgésico. **Estándar:** Óptimo 40%, Mínimo 20%.
Indicador: 3^o de gestantes que inician su parto de forma inducida, que usen de forma exclusiva el óxido nítrico durante el parto x 100^o nº de gestantes que inician su parto de forma inducida y que deciden el uso del óxido nítrico como analgesia en el parto. $4/9 \times 100 = 44.4\%$



CONCLUSIONES

- La administración inhalatoria de óxido nítrico al 50% a mujeres durante el parto es una alternativa eficaz y segura como método analgésico.
- En relación a la paridad y según nuestros resultados, podemos afirmar que es mayor el porcentaje de mujeres multiparas que lo utilizan de forma exclusiva frente a las primíparas.
- De la misma manera concluimos que también el porcentaje de uso exclusivo es mayor en aquellas mujeres cuyo inicio del parto fue de forma espontánea en relación a las que lo iniciaron de forma inducida.

BIBLIOGRAFÍA

- Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. 1^o ed. Ministerio de Sanidad Y Política Social, 2010.
- KALINOK, Analgesia inhalatoria. Analgesia en intervenciones dolorosas de corta duración para niños y adultos URL: www.painmanagement.es
- Nice clinical guideline 35 Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. Ed. Septiembre 2007 URL: www.nice.org.uk/CG35

ACREDITACIÓN ISO EN EL BLOQUE OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL SANITAS LA MORALEJA



AUTORAS: ALEJANDRA NÚÑEZ CONCEPCIÓN Y BEATRIZ VALVERDE MELERO

OBJETIVO:

Implantar acciones de mejora en el bloque obstétrico con el objetivo de optimizar la asistencia sanitaria que Sanitas ofrece en sus centros asistenciales,

MATERIAL Y MÉTODO:

Modelo de gestión propio de Sanitas Hospitales a través del cual se han identificado los distintos procesos que se llevan a cabo en el bloque obstétrico, las actividades que implican dichos procesos, quien las llevan a cabo y donde se registran. Para evaluar la calidad de dichos procesos se establecieron distintos indicadores que son medidos por la persona responsable con carácter mensual.



OTROS INDICADORES

- % Partos vaginales
- Piel con Piel
- Medición Ph de cordón umbilical
- Ingresos de R.N. en unidad de neonatos.

CONCLUSIÓN

El bloque Obstétrico certifica su modelo de gestión con la norma ISO 9001 consiguiéndola en diciembre de 2011



INMIGRACIÓN Y LACTANCIA MATERNA



AUTORAS: M^a Dolores Peto Cases¹, Encarnación Martínez García, Elena Ávila Cordero²
¹ Matrona, Profesora de la Unidad Docente de Matronas de Granada
² Residente de la Unidad Docente de Matronas de Granada

INTRODUCCIÓN

En los últimos años en nuestro país se están produciendo numerosas investigaciones sobre los aspectos relativos a la salud de la población inmigrante, pero las que atañen a las mujeres extranjeras son aún incipientes sobre todo las relacionadas con aspectos de su salud reproductiva como puede ser la Lactancia Materna.

Con este estudio pretendemos identificar las pautas de lactancia materna entre mujeres extranjeras residentes en nuestro país, tanto en términos cuantitativos sobre prevalencias hospitalarias y poblacionales, como cualitativos acercándonos a las creencias y actitudes entre los distintos colectivos.

OBJETIVO

Identificar las pautas de lactancia materna entre mujeres extranjeras residentes en nuestro país, tanto en términos cuantitativos sobre prevalencias hospitalarias y poblacionales, como cualitativos acerca de las diferentes creencias y actitudes.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una revisión bibliográfica de los diez últimos años utilizando como palabras clave lactancia, inmigrantes, o bien breastfeeding, Immigrant, Spain. Las fuentes consultadas han sido las bases bibliográficas Trip Database, Pub Med, Cuiden, y buscadores como Google académico y páginas web de asociaciones profesionales de pediatría y matronas.

RESULTADOS

Se han identificado cinco artículos originales, analizado el libro de actas del IV Congreso Español de Lactancia Materna 2006 y visionado el V Congreso de la Asociación Andaluza de Matronas 2007.

	Extranjeras %	Población Española %
Estados Unidos	97	85
Italia/Francia	91,50	88,00
Francia/Italia	90	80
Francia/México	88,4	79,9
Francia/España	55,6	48,1

LM al mes	Población Extranjera %	Población Autónoma %
Reveles-Casal	100	71
Borja Pastor	96,49	61,02
LM ≤ 6 meses		
Estados Unidos	97	85
Francia/México	26,4	31,3
Borja Pastor	41,18	19,57
LM > 18 meses		
Estados Unidos	24	4

%	Magrebí	Sudamericana	Euro del Este	África Subs.	Europa Occi.	Asia
Francia/Cataluña	96	90	30			
Borja Pastor/García	68,7	68,6	67,8	67,3	55,1	54

Determinantes de la lactancia materna

- De una muestra de 54 mujeres
- El 95% dice haber dado el pecho en su país como mínimo 6 meses y de estas un 60% dio 1 año o más
 - En España, el 80% abandonan durante el primer mes, el 15% o menos llega a los 4 meses y ninguna supera los 6 meses
 - Las causas del cambio de pautas están en la falta de recursos en su país y la incorporación al trabajo en España
 - La inmigración ha traído efectos negativos para la Lactancia materna en estas mujeres

Ideas y creencias sobre lactancia materna

- 45 púerperas españolas, ecuatorianas y magrebíes
- Todas las mujeres consideran la leche materna el mejor alimento para el recién nacido
 - El conocimiento en las madres extranjeras se basa en el legado cultural transmitido de madres a hijas.
 - Las expectativas de lactancia en las españolas al año es de un 6,8% frente a un 60% en ecuatorianas y un 100% en marroquíes

CONCLUSIONES

La inmigración está favoreciendo un empuje a la Lactancia Materna en España, pero la falta de apoyo familiar así como un bajo nivel socioeconómico, y unas menores garantías en cuanto a su situación laboral, fuerzan a que en muchos casos limiten el tiempo de amamantamiento.

Es necesario plantear estrategias lingüística y culturalmente adaptadas que les permitan mantener esta buena práctica, abarcando desde una información adecuada, apoyo social y profesional, hasta protección de aquellos trabajos que no cumplen la legislación permitiéndoles disponer del tiempo y lugar para la extracción de la leche y su adecuado almacenamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Idrissi N. Lactancia materna en madres inmigrantes. (2006) Libro de Actas del Congreso Nacional de Lactancia Materna p31

2. Borja Pastor MC, Rico Man E, Morales Suárez-Varela MM, Úbeda Sarriena M, Franco P. (2006) Estudio comparativo de la lactancia materna entre dos zonas de la ciudad de la Comunidad Valenciana. Rev Pediatr Aten Primaria. 8:421-33.

3. García Martínez M, Gade Navarro LF, Mesa Pérez RM, Pérez Méndez L y Sánchez López C. (2007) Factores asociados como modificadores de la Lactancia Materna. Libro de Actas IV Congreso Andaluza de Lactancia Materna, p103

4. Sánchez-García E, Contreras Gil M, Gallo Cordero E, Jiménez Oliva CM, Pérez Morales J y Cordero García MG. (2007) Factores socioculturales que condicionan el inicio de amamantamiento de la Lactancia Materna. II Congreso de la Asociación Andaluza de Matronas. Boletín de Mat. 18(2):107-111

VIVENCIA DE LA SEXUALIDAD DURANTE EL CLIMATERIO EN EL HOSPITAL DE MÓSTOLES

Moreno Serrano I María, Vaqueró Arroyo Esther. Matronas Hospital Universitario de Móstoles

INTRODUCCIÓN:

El climaterio (del griego *eskabi*) conlleva el período en la vida de la mujer caracterizado por cambios no solo físicos sino también psicológicos. La menopausia constituye el siglo más del conjunto de fenómenos que caracterizan el período climatérico, pero empieza años antes que ésta, alrededor de los 45 años y finaliza hacia los 55, edad que marca el principio de la senectud. Son muchos los estereotipos que se atribuyen a la sexualidad durante el climaterio, resultado de una sociedad a la que le supone difícil debatir este fenómeno, climaterio, envejecimiento y enfermedad. En consecuencia, al consideramos el climaterio como una etapa en la que se produce cambios que pueden repercutir de forma importante en la vida de la mujer, de los roles que desempeña, su sexualidad y la percepción sobre su cuerpo, es más correcto considerarlo como un fenómeno crítico y no solo un período biológico, ya que existen variaciones notables en la experiencia subjetiva de los síntomas entre las mujeres de diferentes estratos y es la materia que debe afectar a su calidad de vida.

OBJETIVOS:

- Evaluar las ideas y actitudes de las mujeres de 45 a 65 años que acuden al Hospital de Móstoles.
- Explorar los medios a través de los cuales la mujer ha recibido información sobre la menopausia.
- Cambiar la percepción sobre la vivencia de la sexualidad.

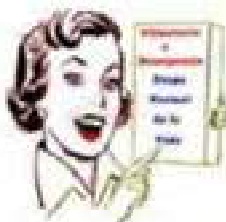
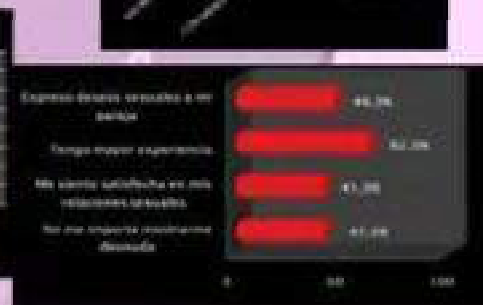
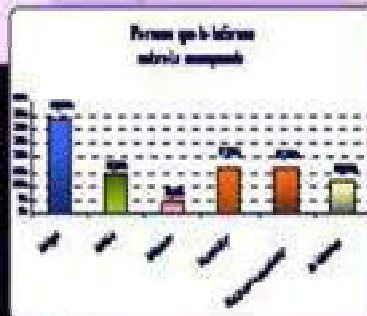
MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio descriptivo transversal. Muestra accidental, de mujeres de entre 45 y 65 años que acuden al consultorio de ginecología del Hospital de Móstoles (Madrid) y que se les ofreció colaboración de forma anónima en el estudio de cuestionario, las docentes en la Facultad Ciencias.

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS, con análisis descriptivos para las variables.

El estudio de la muestra en total es de un total de un total de un total de 321 mujeres.

Resultados:



IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Como ha sido propio de la matrona es la que debe integrar en todas las etapas de la vida de la mujer, es importante tener a su alcance el rol global de la vida de la mujer para proporcionar la atención basada en la evidencia a través de las necesidades concretas de cada mujer. Es importante la información sobre el climaterio. La matrona debe conocer la información completa, pensar y reflexionar sobre las necesidades de las mujeres con las que trabajamos, con el objetivo de ofrecerles recursos y conocimientos para que sea capaz de adaptarse de una forma positiva a todos los cambios producidos en su cuerpo.

BIBLIOGRAFÍA

- Martín Casado AM. La sexualidad femenina durante el climaterio. *Representaciones, experiencias y actitudes*. Méjico de enero del 2010; 13 (5): 50-55 Pérez Sánchez M. Percepción en mujeres mayores de los cambios corporales durante el climaterio. *Rev. A la salud* 2003;43- 44: 29-32. Arellano Sánchez M B, Páez Pérez F, Zaragoza Pérez M C. Opinión de enfermeras sobre el climaterio. *Matronas*. Portugal 2001; 5 (5): 35-39.

NACIMIENTO DESPUÉS DE UNA CESÁREA ANTERIOR. UNA AYUDA EFECTIVA

Autores: Sánchez Casal, María Irma; López Márquez, Juana; Rivas Macías, Dolores

INTRODUCCIÓN

La OMS establece la tasa óptima de cesáreas en 10-15%, sin embargo, esta tasa en el mundo no desciende del 20%. La OMS y la SEGO recomiendan intentar un parto vaginal tras cesárea, incluso si tiene más de una cesárea anterior. La matrona posee un papel fundamental, tanto en la esfera física como psicológica, para ayudar a la mujer con cesárea anterior a llevar a cabo un parto vaginal.

OBJETIVOS

- Promover el parto vaginal después de cesárea anterior (PVDC)
- Conocer los cuidados para favorecer y ayudar a la mujer a desarrollar un PVDC con los mínimos riesgos.

METODOLOGÍA

Búsqueda bibliográfica entre los años 2004-2012 en las bases de datos LILACS, Medline, Scielo, Pubmed y Revisiones Cochrane.

CUIDADOS

- Información de beneficios y riesgos
- Inicio espontáneo del parto favorece parto normal
- PROPORCIONAR:
 - VERTICALIDAD
 - LIBERTAD DE MOVIMIENTOS
 - TIEMPO
- Oxitocina controlar:
 - dinámica uterina
 - FCF
 - sangrado
 - dolor abdominal
- No contraindicada Analgesia Epidural
- NO MISOPROSTOL > riesgo rotura uterina
- No revisión cicatriz uterina
- Intervalo entre embarazos > 18 meses
- Control constantes maternias
- APOYO EMOCIONAL Y EMPATÍA

PVDC



R
E
S
U
L
T
A
D
O
S



La Evidencia Científica nos demuestra que: las mujeres que intentan un PVDC cuentan con menos oportunidades pese a que con un control apropiado es seguro, no conlleva más complicaciones, la recuperación es más rápida, no se compromete el futuro reproductivo de la mujer (disminuye la fertilidad, placenta previa...) y el gasto sanitario es menor.

CONCLUSIONES: La matrona es el personal más cualificado para la atención al parto normal y es nuestra labor ayudar a la mujer con cesárea anterior para que tenga todas las posibilidades de un parto vaginal siempre conociendo los riesgos y realizando los cuidados adecuados.

MEJORA DE LA ATENCIÓN PERINATAL A TRAVÉS DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS MATERNALES

OBJETIVOS:

- ⇨ Fomentar la comunicación entre los distintos profesionales implicados en la atención y cuidados que recibe la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.
- ⇨ Individualizar cuidados para garantizar la calidad y eficiencia.
- ⇨ Unificar criterios en Atención primaria y especializada.

MATERIAL Y MÉTODO:

Búsqueda en bases de datos Cuiden, Medline y guías de práctica clínica de Atención al Parto para mejorar la calidad en la asistencia perinatal.



RESULTADOS:

Se establecen reuniones periódicas cada año de profesionales pertenecientes al área de Obstetricia para unificar criterios y mejorar la calidad.

En estas reuniones se crean grupos de trabajo en los que hay diferentes profesionales que dan su punto de vista, analizan la situación actual y proponen propuestas de mejora.

Los temas a tratar:

Eficacia de la comunicación interniveles como herramienta principal.

Actualizaciones de los planes de parto.

Lactancia materna instauración en hospital y seguimiento en atención primaria.

Cuidados en puerperio y protocolo de alta temprana.

CONCLUSIONES:

Debido a que durante el proceso de embarazo, parto y puerperio la mujer entra en contacto con diferentes profesionales, creemos que es importante llevar a cabo técnicas y habilidades de comunicación entre todos ellos y así propiciar la seguridad, la satisfacción y el apoyo que las familias nos demandan cada día.

El objetivo principal es encontrar una línea de trabajo lo más similar posible entre los diferentes profesionales y niveles, lo que a su vez unifica criterios y mejora los cuidados maternos. Al ser desarrolladas con un equipo multidisciplinar y de varias áreas hace que las conclusiones sean muy completas y representativas.



"Cuidados de la Mujer con Patrones Sexuales Inefectivos: Instrumentos de Valoración Integral"

❖ **Introducción:** El concepto de Sexualidad, en esencia, es tan complejo como el ser humano. La Sexualidad es una realidad física y psicológica, en la que se mezclan el erotismo, la afectividad y la capacidad de reproducción. Es, pues, una fuente de placer y descarga de las tensiones, pero también nos brinda la oportunidad de comunicarnos y de intercambiar ternura y afecto.



❖ **Concepto de Disfunción Sexual:** Se incluyen todas aquellas alteraciones que se producen en cualquiera de las fases de la respuesta sexual y que impiden o dificultan el goce satisfactorio de la sexualidad femenina.



❖ **Causas:**



Factores Emocionales	Factores Físicos
<ul style="list-style-type: none"> -Problemas Interpersonales. -Depresión. -Miedo. -Culpas Sexuales. -Trauma Sexual Previo. 	<ul style="list-style-type: none"> -Drogas. -Medicamentos. -Lesiones Espalda. -Daño Neurológico. -Enfermedades.

❖ **Clasificación en Cuatro Categorías:**

Trastornos del Deseo Sexual	Trastornos del Dolor Sexual	Trastornos de la Excitación Sexual	Trastornos del Órgasmo
<ul style="list-style-type: none"> -Causa Hormonal. -Edad. -Fatiga. -Embarazo. -Medicamentos. -Enfermedades Psiquiátricas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Dispareunia. -Vaginitis. -Lubricación insuficiente. -Vulvodinia o Vestibulitis vulvar. 	<ul style="list-style-type: none"> -Frigidez. -Aversión. -Rechazo al Contacto Sexual. -Falta de Placer. -Causas Médicas. -Enfermedades Crónicas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Retraso del Órgasmo. -Ausencia Persistente del mismo. -Toma Antidepressivos ISRS.

❖ **Material y Método:** Revisión Bibliográfica en las Bases de Datos CUIDEN y MEDLINE utilizando las palabras clave: Disfunción Sexual y Valoración Integral. Se consultan los Protocolos de Actuación de las Sociedades Científicas y de la Administración Sanitaria.



❖ **Desarrollo:** Las alteraciones de la función sexual son frecuentes, aunque el motivo de consulta de la paciente no sea claramente por esa causa. El diagnóstico del Problema puede ser derivado del motivo propio de la consulta, de la evaluación clínica, o bien, por otro trastorno que nos desencadene la alteración de la función sexual.

Es importante tener en cuenta que los factores relacionados con el profesional sanitario, la actitud de la paciente y/o el modelo de intervención intervista, están interrelacionados.

❖ **Instrumentos de Valoración Integral:**

Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Criterios de Resultados (NOG)	Intervenciones de Enfermería (NIC)
<ul style="list-style-type: none"> -Patrones Sexuales Inefectivos. -Definición: Expresión de preocupación respecto propia sexualidad. -Características Definitorias: Manifestaciones de Dificultad. -Factores Relacionados: Deterioro de Relaciones con la persona significativa. 	<ul style="list-style-type: none"> -Demostrará Adaptación Psicosocial. -Demostrará tener conocimientos adecuados. -Control de riesgo de embarazo no deseado. -Control de riesgo: enfermedades de transmisión sexual. -Realizará conductas de prevención. 	<ul style="list-style-type: none"> -Asesoramiento sexual. -Eseñanza. -Educación sanitaria sobre métodos anticonceptivos. -Cuidados preinatales.



❖ **Objetivos:** 1.- Dar a conocer los cuidados a mujeres con disfunciones sexuales

2.- Describir el funcionamiento de la valoración integral sexual.

❖ **Conclusión:** La valoración sexual tiende a describir el funcionamiento sexual general y posibles características disfuncionales de la paciente. Debe diferenciarse si la paciente consulta por una alteración concreta de la función, o si es un problema secundario a la desinformación y persistencias de los mitos y las creencias erróneas de origen socio-cultural.

COMPARACIÓN DE LA ATENCIÓN AL PARTO NORMAL : MODELO HUMANIZADO VERSUS INTERVENCIONISTA.

OBJETIVO: Evaluar si una atención al parto normal humanizada y de baja intervención sobre mujeres primigestas en comparación con una atención estandarizada e intervencionista reduce el riesgo de complicaciones obstétricas, neonatales y produce una mayor satisfacción maternal.

DISEÑO Y DURACIÓN: Ensayo clínico aleatorizado y controlado. 3 años

ÁMBITO DEL ESTUDIO: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

PARTICIPANTES: 892 mujeres en su primera gestación a término, atendidas durante el trabajo de parto, con edades comprendidas entre los 18 y 40 años y criterios de mujer sana y embarazo normal.

INTERVENCIONES: Las participantes serán asignadas a: a) modelo de atención humanizado y de baja intervención; b) modelo de atención convencional, estandarizado y con enfoque intervencionista.

Las intervenciones se basarán en los siguientes cuidados: rasurado perineal; enema; acompañamiento; dilatación; manejos del dolor; posición y pujo en expulsivo; episiotomía; alumbramiento; contacto piel con piel y lactancia materna.

MEDICIÓN PRINCIPAL: Tipo de parto resultante: a) eutócico; b) instrumentado; c) cesárea.

MEDICIONES SECUNDARIAS: a) trabajo de parto; b) morbilidad materna grave; c) traumatismo perineal; d) hemorragia posparto; e) nivel de dolor; f) requerimiento de analgesia; g) satisfacción materna; h) inicio precoz de la lactancia materna; i) morbilidad perinatal grave; j) ingreso en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

ANÁLISIS: Por intención de tratar. Se utilizarán modelos de regresión lineal mixtos.

DISCUSIÓN: El estudio mejorará la evidencia científica disponible sobre la atención al parto normal, incrementando así la calidad asistencial.

Unidad Docente Obstetricia-Ginecología del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Autor: Alfaro Blázquez, R.



DONACIÓN PÚBLICA DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL HENARES

OBJETIVOS:

Informar del proceso de la donación de sangre de cordón en el Hospital del Henares. Asegurar, mediante protocolización del proceso, la recogida, conservación y envío de la SCU para que llegue en condiciones óptimas al centro de transfusión de la Comunidad de Madrid

JUSTIFICACIÓN:

Tradicionalmente tras el nacimiento, el cordón umbilical y la sangre que contiene eran generalmente desechados. Desde hace años se sabe que la SCU contiene "células madre", que actúan como progenitores hematopoyéticos. Dichas células pueden ser transplantadas a pacientes afectados por enfermedades relacionadas con la médula ósea.

PROCEDIMIENTO DE LA RECOGIDA DE SANGRE DE CORDÓN PÚBLICA

Información en la consulta obstétrica
Y entrega de 3 copias del Consentimiento
Informado.
Desarrollo del proceso en las Charlas del
"Círculo del proceso del Parto
en el H. del Henares"



Preparación del kit o identificación del
mismo- 2 tubos para extracción sangre
materna (serología)- Clorexhidina 0,5%
Bote para la muestra de Cordón Umbilical.
Gasas y Etiquetas identificativas



Envío del Kit a Banco de Sangre del
Hospital Universitario del Henares, junto
al Consentimiento informado, firmado por
la paciente y Formulario impreso de
"Expulsivo y Alumbramiento"



TCAE lo lleva a Banco de Sangre y el
profesional que realiza la extracción
anotará las donaciones. en el libro de
registro interno destinado para dicho fin



DATOS DE RECOGIDA:

- ◊2011: 60 DSCU PUBLICAS
- (Junio) 15 DSCU PRIVADAS
- ◊2012: 74 DSCU PUBLICA
- 5 DSCU PRIVADAS

CONCLUSIONES:

- ◊La información proporcionada en la consulta, charlas del "círculo del parto" y entrega previa del Consentimiento informado, ha aumentado el número de donaciones.
- ◊La protocolización del proceso nos asegura una correcta gestión en la recogida, envío y conservación de la muestra.

SITUACIÓN ACTUAL DEL CUIDADO PRECONCEPCIONAL EN MUJERES DE ALBACETE.

ANTECEDENTES: El cuidado de la mujer antes del embarazo, la identificación temprana de los factores de riesgo y la adopción de estilos de vida saludables, puede suponer una disminución de riesgos en la morbilidad materna y perinatal.

OBJETIVO GENERAL: Conocer el número de mujeres que realizan algún tipo de cuidado sobre su salud antes de quedar embarazadas.

DISEÑO: Estudio observacional, descriptivo, trasversal y multicéntrico.

AMBITO DE ESTUDIO: 5 zonas básicas de salud pertenecientes a la Gerencia de Atención Primaria de Albacete capital, España.

PARTICIPANTES: 224 mujeres que acuden a su primera visita con la matrona, con test de embarazo positivo, ser capaz de entender correctamente el castellano y firmar el consentimiento informado.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA: muestreo probabilístico por conglomerados.

RECOGIDA DE DATOS: cuestionario heterocumplimentado de elaboración propia.

RESULTADO PRINCIPAL: Número de mujeres que realizan algún cuidado preconcepcional y el tipo de éste.

ANÁLISIS DE DATOS: análisis descriptivo univariante más análisis bivariante entre cuidado preconcepcional y factores asociados.

DISCUSIÓN: Si conocemos el número de mujeres que realizan algún tipo de cuidado preconcepcional, podemos llevar a cabo las medidas y políticas sanitarias necesarias para mejorar y/o fomentar este tipo de cuidados en la mujer.

Unidad Docente Obstetricia-Ginecología del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Autores: Hernández Hernández V, Alfaro Blázquez R, Motilla García N, Navarro Valdelvira MC, Serrano Morote D.



IMPLICACIÓN DE LA MATRONA EN LA SEXUALIDAD DEL SIGLO XX

Carolina Cuerva Murillo, Irene Barriga Rabanal, M^a José Capuchino Perulero, Elena Arroyo Sello,

RESUMEN

El modelo de sexualidad ha cambiado a lo largo del siglo XX, pasando de ser un atributo fijo sexualmente reproductivo. El cambio en este concepto ha estado propiciado por la introducción de los métodos anticonceptivos y la evolución en los derechos de la mujer. Como consecuencia de ello surgen nuevas demandas en atención y educación sexual, por lo que la matrona pasa a ser una pieza clave en la educación sexual. Hasta la década de los 80 no se han encontrado referencias legales de la labor de la matrona como educadora sexual. A partir de aquí comienza a realizarse una labor educativa importante a través de las consultas de atención primaria y en colaboración con el equipo y la comunidad en materia de educación sexual a todos los niveles, información sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar, y prevención de enfermedades de transmisión sexual. **Palabras clave:** Matrona, sexualidad, planificación familiar, métodos anticonceptivos, siglo XX, mujer, maternidad.

INTRODUCCIÓN

Desde el siglo XIX tienen lugar una serie de acontecimientos políticos y culturales en España que repercutieron en todas las esferas sociales, especialmente en el sector femenino. A comienzos de siglo (1902-1931) la mujer empezó a clasificarse como un colectivo social que demandaba igualdad y derechos políticos, convirtiéndose una serie de derechos entre los que destaca el derecho a voto lo que supuso un cambio importante. Con el inicio de la Guerra Civil en 1936 la mujer vivió como persona con derechos, referente a su papel pasivo y discriminado siendo su lugar en la sociedad el de esposa y madre dependiente del hombre. No es hasta 1975 con el reinado de Franco cuando vuelve a reivindicar sus derechos⁽¹⁾. Ligado a esta serie de cambios es la evolución de la sociedad a lo largo de siglo aspectos relativos a la sexualidad de la mujer se ha visto afectada. En el presente trabajo se pretende analizar la situación de la mujer en la sociedad y las variaciones en materia de sexualidad.



LA MUJER ESPAÑOLA DEL SIGLO XX

Reinado de Alfonso XIII - I República (1902-1931)^(2a)
Educación a cargo de la Iglesia (perfecta ama de casa), 71% analfabetas.
1901 Clara Campoamor consigue el derecho a voto de las mujeres.
Surgen movimientos feministas organizados que piden igualdad.

II República (1931-1936)⁽³⁾
Mujeres trabajadoras cobraban sueldo. Las casadas necesitan el permiso del marido.
Constitución de 1931: Derechos para la mujer.
Regulación estatal del trabajo de la mujer, Seguro Obligatorio de Maternidad.

Guerra Civil (1936-1939)⁽⁴⁾
Mujeres revolucionarias: lucha contra el franquismo y por recuperación de sus derechos.
Mujeres de la España Nacional: sumisa a la dominación masculina.
Sección Femenina: función de enfermeras, beneficencia, ...

Dictadura de Franco (1939-1975)⁽⁵⁾ (6)
Se condena el trabajo de la mujer fuera del hogar, se castiga el aborto y el uso de métodos anticonceptivos.
Aumento de la natalidad. Premios y subvenciones para familias numerosas.

Programa "Al servicio de España y al niño español" para disminuir la mortalidad infantil. Título de "Madre Ejemplar".
Mujer sumisa, obediencia, calada, buena, fiel, sacrificada, decorete, disciplinada.
Separación en los colegios de niños y niñas. Educación diferente.
Asesinato de la prostitución en los años 40 (legal hasta 1956). Aumenta el número de ETS.

España democrática (1975-actualidad)⁽⁶⁾
Integración de la mujer al mundo laboral, acceso a la formación, participación en esferas públicas, cambio del modelo de familia.

OBJETIVOS

Analizar el papel de la matrona en relación a la educación sexual de la mujer a lo largo del siglo XX, previo análisis de la situación de la mujer a través de este siglo y de los aspectos más relevantes de la evolución de la sexualidad.

MATERIAL Y METODOS

Para la realización del presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de la literatura científica sobre el rol de la mujer como educadora sexual. Aspecto relacionado con la sexualidad y el papel de la matrona en el siglo XX. Los libros de datos empíricos como herramienta de búsqueda han sido Medicine, Cuiden, Cuida y Organizaciones Oficiales (INS, BOE) a través de buscadores como Google Académico. Las palabras clave para la búsqueda han sido matrona, sexualidad, planificación familiar, métodos anticonceptivos, siglo XX, maternidad y mujer.

CONCLUSIONES

La sexualidad de la mujer se ha visto influenciada a lo largo del siglo XX por aspectos políticos y culturales, de ser un tema tabú y estar ligado a la reproducción a considerarse un derecho reproductivo y una elección libre. Este cambio en la concepción de la sexualidad implica la aparición de nuevos problemas tales como el aumento de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual que requieren la implicación de la sociedad y la política en busca de soluciones. A raíz de esto se comienza a crear programas a nivel mundial en materia de sexualidad y se aprueban una serie de leyes que dan paso a una nueva era en la sexualidad de la mujer, la planificación familiar. La matrona pasa a ser una pieza clave en la educación sexual. Hasta la década de los 80 no se han encontrado referencias legales de la labor de la matrona como educadora sexual. A partir de aquí comienza a realizarse una labor educativa importante a través de sus consultas de atención primaria y en colaboración con el equipo y la comunidad en materia de educación sexual a todos los niveles, información sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar, y prevención de enfermedades de transmisión sexual.

EVOLUCIÓN DE LA SEXUALIDAD Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

AÑOS 20-30: Iglesia como educadora sexual. Abstinencia hasta el matrimonio y sexo con fines reproductivos. Aparecen los primeros estudios sobre métodos anticonceptivos: Ogino y Krauss⁽⁷⁾⁽⁸⁾.

AÑOS 40-50: Continúa la primacía del fin procreante promovida por la Iglesia⁽¹²⁾.

AÑOS 60-70: Época de liberación. Derecho a la información sexual y al placer. Separación entre sexualidad y reproducción⁽¹³⁾.
- 1960: Introducción mundial de los ACO. En España en 1978⁽¹⁴⁾.
- 1970: Asociación Acuario. Pioneros en planificación familiar⁽¹⁵⁾.
- 1974: La OMS reivindica la necesidad de formación de los agentes de salud en sexualidad⁽¹⁶⁾.
- 1979: La ONU establece los derechos sexuales de las mujeres en los derechos humanos⁽¹⁷⁾.

AÑOS 80-90: Aumento en las prácticas sexuales de riesgo.
- 1981: La OMS establece políticas en materia de Salud Sexual y Reproductiva⁽¹⁸⁾.
- 1985: Plan de educación sexual en adolescentes (Plan Diana) y despenalización del aborto en España⁽¹⁹⁾.
- 1991: Planificación Familiar y Salud Reproductiva⁽²⁰⁾.

FUNCIÓNES DE LA MATRONA

Funciones de la matrona recogidas en: BOE 29 Noviembre 1945; BOE 11 mayo 1967; BOE 1973. Embarazo parto, puerperio, exámo médico, Sexo lúbrico⁽²¹⁾⁽²²⁾⁽²³⁾.
1980: Se atribuyen a las matronas las funciones de asesoramiento e información en materia de planificación familiar según la Directiva Europea 90/155 CEE⁽²⁴⁾⁽²⁵⁾.
1990: Se incorporan la matrona los equipos de AP en Centros de Salud⁽¹⁷⁾⁽²⁶⁾⁽²⁷⁾.
1991: La Circular 5/91 (SALUD) especifica las funciones de la matrona en AP: Educación sexual, métodos anticonceptivos, ETS y planificación familiar⁽²⁸⁾.
A partir de aquí la matrona desarrolla todas estas funciones de manera individual y con la comunidad, labor educativa importante: EDUCACIÓN SEXUAL a todos sus niveles.

HOMEOPATIA DURANTE LOS PRÓDROMOS Y EL TRABAJO DE PARTO.

Jean-Paul Romero, Sara; Cutilla Muñoz, Ana M^o; Gilart Cantizano, Patricia.

INTRODUCCIÓN

La homeopatía se utiliza en todo el mundo y con más frecuencia en Europa e India. El uso de la homeopatía se ha aplicado al momento de la concepción, el embarazo y el parto para tratar algunas de las molestias y desequilibrios que pueden surgir durante el embarazo como el dolor de espalda, las náuseas matutinas y la pirosis. En la actualidad, este método alternativo se está utilizando para preparar el cuello del útero semanas antes de que comience el parto e incluso una vez instaurado el trabajo de parto para favorecer la dilatación y aliviar el dolor de las contracciones uterinas.

OBJETIVOS

1. Conocer el campo de la medicina homeopática.
2. Identificar los diferentes productos homeopáticos útiles para hacer frente al trabajo de parto.
3. Estudiar las ventajas e inconvenientes de los distintos productos.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas (Medline, Cochrane First, Pubmed).

RESULTADOS

La homeopatía es un método sin efectos secundarios que estimula determinados procesos fisiológicos de la mujer. Asimismo, le permiten hacer frente a los pródromos, propiciar el inicio del trabajo de parto, su correcta evolución y paliar las molestias más frecuentes del postparto.

NOMBRE	EFEECTO	INDICACIÓN	POSOLOGÍA
ARNICA MONTANA 15 CH	Antiinflamatorio	Desde las 37 SG hasta 1 semana postparto.	3 gránulos al día.
		Intraparto.	8 gránulos cada 15 minutos.
ACTAEA RACEMOSA 15 CH	Ansiolítico, disminuye la rigidez cervical y el dolor uterino.	Desde las 37 SG hasta el parto.	3 gránulos mañana y noche.
		Intraparto.	3 gránulos cada 30 minutos.
CAULOPHYLLUM 15 CH	Favorece el inicio de la dilatación y su evolución.	A las 38 SG	8 gránulos 1 sola vez.
		A partir de las 39 SG	3 gránulos durante 3 días.
CHAMOMILLA 15 CH	Analgésico.	Intraparto.	3 gránulos en cada contracción.
		Intraparto.	8 gránulos cada 15 minutos.

CONCLUSIONES

1. Se trata de un método alternativo e inocuo.
2. Aplicado junto a otros métodos (TENS, acupuntura, calor local, óxido nítrico...) puede ayudar a conseguir un parto de baja intervención.
3. Existen pocos estudios que corroboren los beneficios de esta terapia. Esto junto a la demanda real existente de métodos alternativos al alivio del dolor y la inducción del parto demuestran la necesidad de seguir investigando en este campo.

BIBLIOGRAFÍA

Waller CA. Homeopatía para la inducción del trabajo de parto (Revisión Cochrane Inédita). In: La Biblioteca Cochrane Plus 2008 (Número 4). Oxford: Update Software Ltd.

Use cases like homeopathy for pregnancy and babies. Gregg D. Midwifery Today. 1st. (June 2010-2011) Winter (4) 18-21

Homeopathy and conventional medicine in the management of pregnancy and childbirth. Reichbauer E, Altmann P. Schweiz Med Wochenschr Suppl. 1994; 6: 28-31.

ABSTRACT CONGRESO

EDITADO POR LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE MATRONAS

Este libro recoge integra y fielmente 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 .