



II Congreso
de la
**Asociación
de Matronas de la
Región de Murcia**

Y
XI Congreso
de la **FAME**
DE ÁMBITO NACIONAL

*“ Por la excelencia en tu profesión:
muévete, descubre,
aprende y cambia ”*

LIBRO DE PONENCIAS Y COMUNICACIONES

Murcia, 7, 8 y 9 de noviembre de 2012

**Auditorio y Centro de Congresos "Victor Villegas"
Murcia**





© AMRM. Asociación de Matronas de la Región de Murcia.

© FAME. Federación de Asociaciones de Matronas de España.

ISBN13: 978-84-695-5302-2

Depósito Legal: MU 858-2012

Diseño y maquetación: Cedes congresos, eventos y servicios turísticos, sl.

El LIBRO de PONENCIAS Y COMUNICACIONES ha sido editado con los textos íntegros que los diferentes autores han elaborado y aportado. Por lo tanto, la Asociación de Matronas de la Región de Murcia y la Federación de Asociaciones de Matronas de España, no se hacen responsables de los contenidos u opiniones vertidas, ni de posibles erratas en los mismos.



ÍNDICE



DECLARACIÓN DE INTERÉS CIENTÍFICO – SANITARIO	5
AGRADECIMIENTOS	7
PRESIDENCIA DEL CONGRESO Y COMITÉS	9
JUNTAS DIRECTIVAS	12
PROGRAMA	14
CONFERENCIAS Y PONENCIAS	31
COMUNICACIONES ORALES SELECCIONADAS A PREMIO	102
COMUNICACIONES POSTER SELECCIONADAS A PREMIO	113
COMUNICACIONES ORALES	124
COMUNICACIONES POSTER	235



DECLARACIÓN DE INTERÉS CIENTÍFICO – SANITARIO



Región de Murcia
 Consejería de Sanidad y Política Social

Dirección General de Planificación, Ordenación
 Sanitaria y Farmacéutica e Investigación

Clave 1028 CON ACUSE DE RECIBO

NOTIFICACIÓN DE RECONOCIMIENTO DE INTERÉS CIENTÍFICO-SANITARIO.

Por Orden de fecha 31 de mayo de 2012 la Excm. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social ha dispuesto lo siguiente:

“ANTECEDENTES DE HECHO

1. Solicitante.				Expte.	J-17/2012
D./D ^a	ASOCIACIÓN DE MATRONAS DE LA REGIÓN DE MURCIA			D.N.I.	G-73136129
Domicilio	C/ SAAVEDRA FAJARDO, 5 - ENTLO- 6			Localidad	MURCIA
Cód. Postal	30001	Presentación solicitud	24 de mayo de 2012	Nº Registro de entrada	283130

2. Acto a desarrollar.

Descripción	II CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN DE MATRONAS DE LA REGIÓN DE MURCIA, CONJUNTAMENTE CON XI CONGRESO DE LA FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE MATRONAS DE ESPAÑA (FAME) DE ÁMBITO NACIONAL				
Lugar de celebración	MURCIA	Fecha	DEL 7 AL 9 DE NOVIEMBRE DE 2012		

En relación al acto arriba indicado ha sido tramitado el correspondiente expediente por la Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación, y visto el informe favorable a la acreditación emitido por la misma en base a los siguientes

FUNDAMENTOS DE DERECHO

- 1º.- El artículo 2 de la Orden de 12 de junio de 1997, por la que se regula el reconocimiento de interés de actos científico-sanitarios y la acreditación de cursos de interés sanitario, establece que se otorgará el reconocimiento de interés científico-sanitario a aquellas reuniones científicas que bajo la denominación de congresos, jornadas u otras análogas, reúnan los requisitos establecidos en la presente Orden. Igualmente, se podrá otorgar el reconocimiento de interés científico-sanitario a los trabajos premiados por la Real Academia de Medicina u otras Instituciones sanitarias.
- 2º.-De acuerdo con lo establecido en el artículo 9 de la Orden de 12 de junio de 1997, la competencia para conceder o denegar el reconocimiento de interés científico-sanitario corresponde a al Consejera de Sanidad y Consumo.

En su virtud,

DISPONGO:

Primero. **Otorgar el reconocimiento** de interés científico-sanitario al acto a que se refiere la presente Orden.

Segundo. La presente acreditación quedará sin efecto si se alteraran de modo sustancial las condiciones originarias que fundamentaron su otorgamiento.

Tercero. Dicho reconocimiento tendrá los beneficios señalados en el artículo 10 de la Orden de 12 de junio de 1997, de la Consejería de Sanidad y Política Social, y obliga al cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 11 de la misma.

Notifíquese la presente orden al interesado.”

Lo que le notifico en cumplimiento de lo establecido en el artículo 58.1 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, significándole que contra la mencionada Orden, que agota la vía administrativa, podrá interponer recurso potestativo de reposición ante la Excm. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social en el plazo de un mes a contar desde el día siguiente a la notificación, o bien, recurso contencioso-administrativo ante el Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia, en el plazo de dos meses a contar desde el día siguiente a la notificación, sin perjuicio de interponer cualquier otro recurso que estime procedente.

Murcia, 14 de junio de 2012

LA JEFA DE SERVICIO DE FORMACIÓN CONTINUADA,
 DOCENCIA, E INVESTIGACIÓN



Edo. Ana Teresa Pérez Varona.



AGRADECIMIENTOS



La Asociación de Matronas de la Región de Murcia y la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), desean agradecer su inestimable colaboración a las siguientes Instituciones y Empresas:



COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA
REGIÓN DE MURCIA





PRESIDENCIA DEL CONGRESO Y COMITÉS



PRESIDENTA DEL CONGRESO

Concepción Martínez Romero.

*Matrona-Vicepresidenta FAME
Subdirectora de Enfermería del Maternal-Infantil.
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidenta.

Ana Belén Mayor Martín.

*Vocal Secretaría. AMRM. Matrona.
Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena.*

Vocales.

Carlos Salvador Almagro Gómez.

*Vicepresidencia de Formación AMRM.
Hospital Comarcal del Noroeste
Caravaca de la Cruz.*

Isabel Aznar Mula.

*Vicepresidencia de Organización AMRM.
Hospital Universitario Rafael Méndez. Lorca.*

Josefa Bañón Pastor.

*Vocal AP y AE Área 8 AMRM.
Hospital General Universitario Los Arcos del
Mar Menor. San Javier.*

M^a Ángeles Castaño Molina.

*Presidente AMRM.
Hospital Comarcal del Noroeste.
Caravaca de la Cruz.*

Eva María del Cerro Hidalgo.

*Vocal de AP y AE Área 3 AMRM
Hospital Universitario Rafael Méndez. Lorca.*

M^a Dolores Molina Ruano.

*Vicepresidente de Gestión / Tesorería AMRM.
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.
Murcia.*

Daniel Morillas Guijarro.

*Vocal AE Áreas 1-7. AMRM.
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.
Murcia.*

Francisca Postigo Mota.

*Vocal AP y AE Áreas 6-9. AMRM.
Centro de Salud de Cieza-Este. Murcia.*

Claudia Sánchez Palacios.

*Vocal AP Áreas 1-7. AMRM.
Centro de Salud Murcia-San Andrés. Murcia.*

Pedro Pablo Serrano Rojas.

*Hospital Comarcal del Noroeste.
Caravaca de la Cruz. Murcia.*

Verónica Soto Herrero.

*Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.
Murcia.*



COMITÉ CIENTÍFICO

Presidenta.

M^a Ángeles Castaño Molina.

*Presidenta Asociación de Matronas de la Región de Murcia.
Matrona. Doctora en Antropología.
Unidad Docente de Matronas. Universidad de Murcia – SMS.
Hospital Comarcal del Noroeste. Caravaca de la Cruz.*

Vocales.

Margalida Alomar Castell.

*Matrona. Baleares. Federación de Asociaciones de Matronas de España.
Especialista en Metodología de la Investigación.*

José Arnau Sánchez.

*Matrona AP. Doctor en Enfermería. Servicio Murciano de Salud.
Unidad Docente de Matronas. Universidad de Murcia.*

Carmen Ballesteros Meseguer.

*Matrona. Máster en Enfermería.
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

José Manuel Hernández Garre.

*Matrona. Doctor en Antropología.
Master en Investigación Ciencias Sociosanitarias
Hospital Universitario Rafael Méndez. Lorca.
Unidad Docente de Matronas. Universidad de Murcia – SMS.*

M^a Emilia Martínez Roche.

*Matrona. Doctora en Pedagogía.
Profesora Titular. Universidad de Murcia.
Coordinadora Unidad Docente Matronas.
Universidad de Murcia – SMS.*

Carmen Martínez Rojo.

*Matrona. Máster en Antropología.
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.
Murcia. Unidad Docente de Matronas.
Universidad de Murcia – SMS.*

M^a Dolores Nicolás Vigueras.

*Matrona. Máster en Antropología.
Hospital General Universitario Santa Lucía.
Cartagena.
Unidad Docente de Matronas. Universidad de Murcia – SMS.*

Juana M^a Reyes Yepes.

*Matrona. Máster en Antropología.
Hospital General Universitario Santa Lucía.
Cartagena.
Unidad. Docente de Matronas. Universidad de Murcia – SMS.*

Natalia Rodríguez Portilla.

*Matrona. Máster en Antropología.
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*



JUNTAS DIRECTIVAS



JUNTA DIRECTIVA.

ASOCIACIÓN MURCIANA DE LA REGIÓN DE MURCIA.

Presidenta.

M^a Ángeles Castaño Molina.

Vicepresidencia Gestión.

M^a Dolores Ruano Molina.

Vicepresidencia y Organización.

Isabel Aznar Mula.

Vicepresidencia Formación y Eventos.

Carlos Salvador Almagro Gómez.

Vocalía Secretaría.

Ana Belén Mayor Martín.

Vocalía adscrito a Tesorería.

M^a Emilia Martínez Roche.

Vocales.

Daniel Morillas Guijarro.

Claudia Sánchez Palacios.

Francisca Postigo Mota.

Eva M^a del Cerro Hidalgo.

Josefa Bañón Pastor.

JUNTA DIRECTIVA.

FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE MATRONAS DE ESPAÑA.

Presidenta.

Natividad Astrain.

Vicepresidenta.

M^a Concepción Martínez Romero.

Secretaria.

M^a Ángeles Fernández Martínez.

Tesorera.

Margalida Alomar.

Relaciones Internacionales.

Gloria Seguranyes.



PROGRAMA



Miércoles 7 de noviembre de 2012

08'00 h **Acreditación de participantes y recogida de documentación.**

09'00 h **Conferencia Inaugural. “Generando “ciudadanía” en el XXI”** Dra. Dña. Isabel Aler Gay. Doctora en Sociología. Profesora titular de la Universidad de Sevilla.
 Presenta: Dña. Concepción Martínez Romero. Presidenta del Congreso.

09'45 h **Sesión Plenaria 1: “El nacimiento: cubrir necesidades conociendo expectativas”**

Modera:

D. José Vicente Albaladejo Andreu. Director Gerente Área de Salud I Murcia Oeste. Servicio Murciano de Salud.

Intervienen:

- **“Emociones de la mujer y su pareja en la Atención Perinatal”.** Dr. D. José Arnau Sánchez. Matrona - Antropólogo. AP SMS-Unidad Docente de Matronas. Universidad de Murcia.
- **“La paternidad: nuevos retos para la masculinidad”.** Dña. Yolanda Gallardo Díez. Matrona – Antropóloga. Centro de Salud Colmenar Viejo Norte. Profesora de la Unidad Docente de Matronas. Hospital La Paz. Madrid.
- **“Nacer en casa, mucho más que parir”.** Dña. M^a del Carmen Sánchez Navarro. Matrona. Hospital Universitario Rafael Méndez. Lorca.
- **“El derecho de la mujer a decidir sobre el parto como eje de la calidad de la atención sanitaria y de la dimensión familiar de la maternidad”.** Dr. D. José Ramón Salcedo Hernández. Profesor Titular de la Facultad de Derecho de la Universidad de Murcia. Director del Centro de Estudios de la Universidad de Murcia en Bioderecho, Ética y Salud (CEBES). Director del Máster Oficial de la Universidad de Murcia en Bioderecho: Derecho, Ética y Ciencia.

SESIÓN PLENARIA PATROCINADA POR HEBAMME

11'00 h **Inauguración Oficial del Congreso.**

12'00 h **Sesión de Comunicaciones Orales 1**

Sala Plenaria- Competencias 1.

Modera: Dña. Carmen Martínez Rojo. Matrona. Máster en Antropología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Unidad Docente de Matronas. Universidad de Murcia – SMS.

O-001.- FENÓMENO DEL PLAN DE PARTO Y LOS ROLES SANITARIOS TRADICIONALES DE PODER.

BLAS-ROBLEDO M.

O-002.- NUEVA HERRAMIENTA ON-LINE: WWW.VIVIRLAMATERNIDAD.COM.

MARTÍN-JIMÉNEZ E*.

O-004.- FUNCIONES Y COMPETENCIAS DE LA MATRONA EN EL PERIODO OBSTÉTRICO DE UNA GESTANTE CON NEFROPATÍA LÚPICA.

HERRERO-OLIVER R.

O-005.- PAIS DE NACIMIENTO MATERNO Y TERMINACIÓN DEL PARTO.

MARTÍNEZ-GARCÍA E, OLVERA-PORCEL MC, AMEZCUA-PRIETO C, JIMÉNEZ-MEJÍAS E, LUNA-DEL CASTILLO JD, BUENO CAVANILLAS A.

O-006.- CLIMATERIO EN LA CONSULTA DE LA MATRONA: EL GRAN RETO PARA EL SIGLO XXI.

SERRANO-GÓMEZ S, DEL ARCO-RAMOS P*, PARDO-MARTÍNEZ N, CARAVACA-BERENGER MJ, OSETE-BAÑOS S, MONTIEL-AMADOR MC.

O-007.- PROYECTO DE IMPLANTACIÓN DE LA GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS EN LACTANCIA MATERNA EN UN AREA DE SALUD.

HARILLO-ACEVEDO FD, MARTÍNEZ-ABELLÁN JM, SÁNCHEZ-NAVARRO MC.

O-008.- LA AUTONOMÍA Y LA INFORMACIÓN COMO BASE DE LA JUSTIFICACIÓN ÉTICA Y LEGAL DE LOS PLANES DE PARTO.

SUÁREZ-CORTÉS M.

O-009.- PLANES DE PARTO EN UN HOSPITAL REFERENTE: PREFERENCIAS MATERNAS, ALTERNATIVAS ASISTENCIALES Y PROPUESTAS DE MEJORA.

SALGUERO-CABALGANTE R, GALLARDO-TRUJILLO C, JALÓN-NEIRA RM.

O-010.- LIPDUB COMADRONAS ASSIR BAGES-SOLSONÉS.

RIBA-TRAVE MT, PASCUAL-ARGUEDAS A, RAMOS-RASTRERO MC, VILASECA-GRANE A, CRESPO-JIMÉNEZ N, LUQUE-VARGAS M.

O-011.- PREOCUPACIONES EN MATERIA DE SALUD SEXUAL DE UN GRUPO DE MUJERES DISCAPADITADAS.

LIEBANA-LIEBANA G, SIMÓN-PÉREZ A, ROMERO-MEDINA M, SERRANO-MOLINA J, WENCERLA-SIMÓN MJ.

O-012.- LA EVALUACIÓN DEL RESIDENTE DE MATRONA A TRAVÉS DE LA PIRÁMIDE DE MILLER: SABER, SABER COMO Y DEMOSTRARLO.

FERNANDEZ-CABALLERO A*, BAENA-ANTEQUERA F, RAMOS-RODRÍGUEZ T, CANDAU-CÁCERES S, ALARCÓN-MARTÍNEZ ML, LAGOS-MORENO N.



12'00 h

Sala 1- Innovación 1.

Modera: Dña. Carmen Ballesteros Meseguer. *Matrona. Máster en Enfermería. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

O-003 .- IMPLICACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN EL MALTRATO CONTRA LAS MUJERES A TRAVÉS DE UN MODELO DE FORMACIÓN.

MARTINEZ-GALIANO JM.

O-013 .- IMPACTO DE LA EDUCACIÓN MATERNAL SOBRE LOS RECURSOS DEL SISTEMA SANITARIO.

MARTÍNEZ-GALIANO JM, MARTÍNEZ-LEÓN J, FERNÁNDEZ-VALERO MJ, ROMERO-PUERTOLLANO T, PÉREZ-RODRIGUEZ A, DELGADO-RODRIGUEZ M.

O-014 .- SEXOPOLI. LA EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL EN JÓVENES.

PALAU-COSTAFREDA R*, TORRES-PENELLA C, COLL-NAVARRO G.

O-015 .- SEXUALIDAD Y DIVERSIDAD CULTURAL.

MONTERO-PONS L, ROJAS-AVILÉS M, BIURRUN-GARRIDO A.

O-016 .- EL "RÉGIMEN" CUBANO: INFLUENCIA DE LA ALIMENTACIÓN EN LA EMBARAZADA.

IZAGOÑOLA-ORDÓÑEZ P, MAZA-ROMERO J, RODRÍGUEZ-FRÍAS IM, MARTÍN-PÉREZ M.

O-017 .- PROBLEMÁTICA DEL ABORTO EN CIENFUEGOS (CUBA): UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO MÁS.

VALCÁRCEL-MOMBLANT F, RODRÍGUEZ-FRÍAS IM, GÓMEZ-CARMONA T, HERNÁNDEZ-LIROLA ML.

O-018 .- TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN DURANTE EL EMBARAZO.

LUQUE-LEÓN M *, GARRIDO-LÓPEZ M, CASADO-FERNÁNDEZ L, MAYORAL-CÉSAR V.

O-019 .- EL PAPEL DE LA MATRONA EN EL APOYO PSICOLÓGICO, A LA MADRE Y LA FAMILIA, TRAS LA MUERTE INTRAUTERINA DE SU HIJO.

RICHARDSON S.*, MAZÓN C, ZARAGOZA M, CONESA MB.

O-020 .- INFLUENCIA DE LA EDUCACIÓN MATERNAL EN EL HÁBITO TABÁQUICO DE LA EMBARAZADA.

FERNÁNDEZ-VALERO MJ*, MARTÍNEZ-GALIANO JM, GUTIÉRREZ-MARTÍNEZ MM, MENDOZA-ARIZA M, ORTÍZ-ALBARIN MD, LÓPEZ-RUIZ MB.

O-021 .- PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: ESTUDIO DE LA FUNCIÓN SEXUAL EN LA POBLACIÓN MARROQUÍ FEMENINA EN EDAD FÉRTIL EN EL EJIDO.

LORCA-BARCHÍN V*, MENDOZA-ARIZA M, RIVAS-CASTILLO MT.

O-022 .- COMPUESTOS DISRUPTORES ENDOCRINOS : SALUD DE LA EMBARAZADA Y RN.

MACARRO-RUIZ D*, MANRIQUE -TEJEDOR J, MIGUÉLEZ-LLAMAZARES L, PÉREZ-DE LA HIJA P, MARTÍNEZ-MARTÍN E, MARTÍNEZ-GALÁN P.

O-023 .- LA EDUCACIÓN MATERNAL FAVORECE EL INICIO PRECOZ Y MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA.

FERNÁNDEZ-VALERO MJ*, MARTÍNEZ-GALIANO JM, MEDINA-GIL AM, RIQUELME-RAYA R, MORENO-GARCÍA CJ, ROSALES-CHAMORRO MM.

Sala 2- Innovación 2.

Modera: Dña. Natalia Rodríguez Portilla. *Matrona. Máster en Antropología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

O-025 .- INTRODUCCIÓN A LA BIOÉTICA.

ÓRPEZ-MARTÍNEZ M, ÓRPEZ-MARTÍNEZ MM, MONTIEL-LÓPEZ FJ.

O-026 .- PROYECTO DE TESIS DOCTORAL: "GESTACIÓN Y CONSUMO DE ALCOHOL: MOTIVACIONES, EXPERIENCIAS Y SIGNIFICADOS PARA LA MUJER".

PACHECO-ADAMUZ MJ, CORRAL-SEGADE ME, RIVAS-CASTILLO MT.

O-027 .- SUTURA MONOFILAR VERSUS MULTIFILAR EN REPARACIÓN DEL PERINÉ TRAS PARTO VAGINAL. ESTUDIO PROSPECTIVO ALEATORIZADO.

CORCUERA-ORTÍZ DE GUZMÁN L, VÁZQUEZ-LARA J, CABAÑAS-PÉREZ A, RODRÍGUEZ-DÍAZ L, MAHAMED-MOHANED D, RODRÍGUEZ-ADALID N.

O-028 .- BUSCANDO OTRAS FORMAS DE APRENDER. LOS PRIMATES.

LLAVORÉ-FÀBREGAS M, ESPART-HERRERO L, CASILLAS-BARRAGÁN B, CUENCA-DÍEZ B.

O-029 .- MEDIDAS DE PREVENCIÓN DEL TRAUMA PERINEAL DURANTE EL PERÍODO EXPULSIVO.

ENRÍQUEZ-RODRÍGUEZ I, MUÑOZ-ALBA E.

O-030 .- IMPORTANCIA DE LA CONSULTA PRECONCEPCIONAL EN LA MUJER CARDIÓPATA.

LUQUE-LEÓN M*, GARRIDO-LÓPEZ M, CASADO-FERNÁNDEZ L, MAYORAL-CÉSAR V.

O-031 .- GRUPOS DE MENOPAUSIA EN ATENCIÓN PRIMARIA: UNA REALIDAD POSIBLE.

GIL-BUENDIA MA.

O-032 .- EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA DIABETES GESTACIONAL. AULA CONDUCTIVA POR LA MATRONA.

PARDO-MARTÍNEZ N *, CARAVACA-BERENGUER MJ, SERRANO-GÓMEZ SM, DEL ARCO-RAMOS P, PARDO-MARTÍNEZ A, SÁNCHEZ-ROCA AM.

O-033 .- PROTECCIÓN DEL PERINÉ EN EL EXPULSIVO: "HANDS ON" VS "HANDS OFF".

MIGUÉLEZ-LLAMAZARES L*, MACARRO-RUIZ L, MARTÍNEZ-GALÁN P, MARTÍNEZ-MARTÍN E.

O-034 .- INFORMACION DE LAS GESTANTES EN EL CONSUMO DE SUPLEMENTOS DIETÉTICOS Y PRODUCTOS HERBARIOS.

ALCÁZAR-CONTRERAS N, PEDREÑO-LÓPEZ JA, CONTRERAS-GIL J*, CONTRERAS-GIL MT, LÓPEZ-FUENTES J, ELENA-ELENA MC.

O-035 .- EFECTO DE LA GANANCIA MATERNA DE PESO SOBRE LAS VARIABLES PERINATALES.

JASO-SANTAFE C, VIÑALS-GUTIÉRREZ A, OLLER-VIVES C.



12,00 h

Sala 3- Nacimiento 1.

Moderan:

Dña. Juana M^a Reyes Yepes. *Matrona. Máster en Antropología. Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena. Unidad Docente de Matronas. Universidad de Murcia – SMS.*

D. Carlos Salvador Almagro Gómez. *Vicepresidencia de Formación AMRM. Hospital Comarcal del Noroeste. Caravaca de la Cruz. Murcia.*

O-036 .- PIEL CON PIEL. PROTOCOLO DE IMPLANTACIÓN EN PARITORIO.

OBIOL MA, POVEDA E.

O-037 .- EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL PROTOCOLO MANEJO ACTIVO DEL ALUMBRAMIENTO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA.

MAZA-ROMERO J, IZAGOÑOLA-ORDÓÑEZ P, VALCÁRCEL-MOMBLANT F, GÓMEZ-CARMONA T.

O-038 .- MANEJO DE LA RETENCIÓN PLACENTARIA BASADO EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA ACTUAL.

*VALENCIA E *, ORELLANA M, VAELLO A, RODRÍGUEZ B, NEGRILLO M, CASTILLO E.*

O-039 .- LACTANCIA MATERNA A TRAVÉS DE LA HISTORIA: DE DONDE VENIMOS, HACIA DONDE VAMOS.

OBIOL MA.

O-040 .- ¿AUMENTA EL INGRESO DE NEONATOS POR HIPERBILIRRUBINEMIA SI SE REALIZA PINZAMIENTO TARDÍO EN MADRES CON RH NEGATIVO?.

NAVARRO-RUIZ, I, MARTÍNEZ-MARTÍNEZ E, SEGUNDO-ORTÍN MV, GÓMEZ-LÓPEZ A, MARTÍNEZ-MARTÍNEZ A, TONDA-MENA I.

O-041 .- ¿INFLUYE EL COLECHO EN LA MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE?. REVISIÓN SISTEMÁTICA.

RUBIO-ÁLVAREZ A, TORRES-GALLEGO-CASILDA C, ARRIAGA-RODRÍGUEZ AM, BARRILERO-FERNÁNDEZ E, AYUSO-GÓMEZ-PIMPOLLO L, CRUZ-CORRALES S.*

O-042 .- LA MATRONA Y LA RECUPERACIÓN DE CESÁREAS EN PARITORIO: CONTACTO PIEL-PIEL.

CAMACHO-ÁVILA M, CAMPOS-MARTÍNEZ A, HERNÁNDEZ-SÁNCHEZ E, MÍNGUEZ-ANDREU G.*

O-043 .- ¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DEL CONTACTO PIEL CON PIEL PRECOZ EN LAS MADRES Y LOS RECIÉN NACIDOS SOMETIDOS A CESÁREA?.

RUIZ-FERNÁNDEZ MC, FERNÁNDEZ- DOMÍNGUEZ B., CANDAU-DE CÁCERES S.

O-044 .- EL DOLOR DEL PEZÓN DURANTE LA LACTANCIA, UN SIGNO INFRavalorado.

VALLMAJÓ N, AZNAR I, MARTÍNEZ S, ISAL L, FERNÁNDEZ B, GARCÍA V.

O-045 .- EVOLUCIÓN DE LA LESIÓN PERINEAL EN EL PARTO VAGINAL.

MARGAIX-FONTESTAD L, ARRIERO-HURTADO B, IÑIGUEZ-HERNÁNDEZ C.

O-046 .- PAPEL DEL CHUPETE Y LA LACTANCIA EN LA PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE MUERTE SUBITA DEL LACTANTE.

MOYA-COBOS A, REYES-MORILLAS M, ROQUE-MARTÍNEZ M, MARTÍNEZ-LEÓN J, GIMÉNEZ-GARCÍA S, LORCA-BARCHIN V.*

O-094 .- MEJORANDO LA ATENCIÓN DE LA MATRONA: MASAJE PERINEAL Y COMPRESAS CALIENTES EN EL EXPULSIVO.

FERNÁNDEZ-ZARATE M, BUENO-MONTERO E, FERNÁNDEZ-CABALLERO A.*

Sala 4- Recién Nacido 1.

Modera: **Dña. M^a Emilia Martínez Roche.** *Matrona. Doctora en Pedagogía. Profesora Titular. Universidad de Murcia. Coordinadora Unidad Docente Matronas. Universidad de Murcia – SMS.*

O-047 .- NACIMIENTO LOTUS Y ÁRBOL DE LA VIDA.

VÁZQUEZ G, AMORÓS A, WATERS S, MOLINA R.

O-049 .- ¿ES LA EPISIOTOMIA DE RUTINA UNA TÉCNICA A ABANDONAR?.

VAELLO A, VALENCIA E, ORELLANA M, CASTELLANO N, CASTRO M, BROULLON M.

O-050 .- PROTOCOLO DE ATENCIÓN INMEDIATA AL RECIÉN NACIDO SANO EN SALA DE PARTOS.

PUJOL-ABAJO M, MORENO-IGLESIAS R, GONZALEZ-PAREDES S, DUEÑAS-HERRERO N, ESTRUCH-RIU A, REY-ARIJON M.*

O-051 .- INFLUENCIA DE LA ANALGESIA EPIDURAL EN EL PARTO: CUIDADOS DE LA MATRONA.

ORELLANA-REYES M, VALENCIA-GÓMEZ E, VAELLO-ROBLEDO A.*

O-052 .- FACTORES ASOCIADOS A LA PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE EDUCACIÓN MATERNA.

MARTÍNEZ-LEÓN J, MARTÍNEZ-GALIANO JM, MEDINA-GIL AM, ÁGUILA-BARRANCO JC, SIERRA-FERNÁNDEZ MF, GÁLVEZ-TORO A.

O-053 .- LA EDUCACIÓN MATERNA COMO HERRAMIENTA ÚTIL EN LA ATENCIÓN AL PARTO.

MEDINA-GIL AM, MARTÍNEZ-GALIANO JM, LUQUE-LÓPEZ E, DEL REY-MÁRQUEZ MD, ASENSIO-PASTOR PA, PÉREZ-MARTÍN B.

O-054 .- 1001 NOCHES DE SUEÑOS DE LUZ: DANDO A LUZ, DANDO VIDA. LIBRO DE RECOPIULATORIO DE VIVENCIAS DE PARTO EN DOMICILIO.

WATERS-SILVA SE, CALVO-SAURET M, VÁZQUEZ-GARRETA G, AMORÓS AM.

O-055 .- AMNIOTOMÍA COMO PRÁCTICA RUTINARIA PARA RESOLVER LA HIPODINAMIA EN EL TRABAJO DE PARTO ESPONTÁNEO EN MUJERES NULÍPARA.

RUIZ-GÓMEZ E, PÉREZ ESPARZA-TORRES L, SÁNCHEZ-HERRERA, S, REYES-JIMÉNEZ, S.

O-056 .- EL PARTO NORMAL EN UN HOSPITAL COMARCAL: ¿SE ADECUA AL ESTÁNDAR DE LA OMS?.

TOSQUELLA N, MONTSERRAT N.*

O-057 .- EXPERIENCIA DE LOS PROFESIONALES EN LA ATENCIÓN AL PROCESO DE PARTO EN MUERTE INTRAUTERINA.

MARTÍNEZ-SERRANO P, DÍAZ-SÁNCHEZ V, PALMAR-SANTOS AM, SOLIS-MUÑOZ M, ÁLVAREZ-PLAZA C, VIVANCO-MONTES ML.

O-058 .- MANEJO POSTURAL DE LA GESTANTE DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y EXPULSIVO.

ORELLANA-REYES M, VAELLO-ROBLEDO A, VALENCIA-GOMEZ E.*

14'00 h

Almuerzo de trabajo. Edificio Anexo Auditorio y Centro de Congresos.



15'30 h

Defensa de Póster 1

Sala Plenaria- Nacimiento 1.

Modera: **D. José Manuel Hernández Garre.** *Matrona. Doctor en Antropología. Master en Investigación Ciencias Sociosanitarias. Hospital Universitario Rafael Méndez (Lorca). Unidad Docente de Matronas. Universidad de Murcia – SMS.*

P-001 .- ANALGESIA INHALATORIA : ALTERNATIVA EFICAZ EN EL TRABAJO DE PARTO.

HERNÁNDEZ-RABAL M*, PALOMO-GÓMEZ R, FLORES-GARCÍA MA, GAVILÁN-DÍAZ M, GALLEGO-MOLINA J, FERNÁNDEZ-ORDOÑEZ E.

P-002 .- PLAN DE NACIMIENTO LOTUS EN HOSPITAL.

VÁZQUEZ G, AMORÓS A, WATERS S, MOLINA R.

P-003 .- LA ETAPA DEL POST PARTO EN LAS DIFERENTES CULTURAS.

MONTERO L, ROJAS M, BIURRUM A.

P-004 .- USO DE TÉCNICAS DE PROTECCIÓN DEL PERINÉ EN EL PERIODO DE EXPULSIVO DEL PARTO EUTÓCICO.

SÁNCHEZ-HERRERA S, PÉREZ-ESPARZA L, REYES-JIMÉNEZ S, RUIZ-GÓMEZ E.

P-005.- PARTO VAGINAL TRAS CESAREA.

DEL POZO L*, RETAMA S, HURTADO C, FERNÁNDEZ A.

P-006 .- MORTALIDAD PERINATAL EN LA U.E. ¿INFLUYE EL TIPO DE PARTO?.

NUÑEZ-GARCÍA O, RUDA-MAIQUEZ AI, LÓPEZ-GONZÁLEZ I, PÉREZ DE LOS COBOS-HERNÁNDEZ I, MARTÍN-ROBLES MR, ELENA-ELENA MC.

P-007 .- ALTERNATIVAS PARA EL ALIVIO DEL DOLOR DE TRABAJO DE PARTO.

ALONSO-ESCALANTE I *, RAMOS-MARTÍNEZ C, MORICHE-ROLDÁN M.

P-008 .- VALORACIÓN DE LOS PARTOS EUTÓCICOS EN NUESTRO HOSPITAL.

CASTELLARNAU-BERTRAN L, ROGÉ-TORRA R, FERRER-GIL M, FÀBREGA-SABATÉ J, SERRET-PUIGPELAT R, VILA-BACH A.

P-009 .- ¿SE LLEVA A LA PRÁCTICA HOSPITALARIA EL PLAN DE PARTO?.

GARCÍA-MENDOZA IM, GONZÁLEZ-SEGURA R, BENAYAS-PÉREZ N, JÓDAR-MARTÍN MR, JIMÉNEZ-LECHUGA MD, NIETO-RABANEDA V.

P-010 .- PARIR EN CASA.

GARCÍA-MENDOZA IM, GONZÁLEZ-SEGURA R, BENAYAS-PÉREZ N, JÓDAR-MARTÍN MR, JIMÉNEZ-LECHUGA MD, NIETO-RABANEDA V.

P-011 .- PARIR EN CASA ¿ES SEGURO?.

SAURA-MARTÍNEZ I, GALLARDO-RÍOS C, REJAS-GINER E, BAEZA-PEREÑIGUEZ E.

P-012 .- SEISMO EN LORCA: HISTORIA DE UNA EMBARAZADA.

SÁNCHEZ-SÁNCHEZ FC*, JIMÉNEZ-OLMO CM, GARCÍA-GÓMEZ AM, PALOMINO-SALVADOR PA, REALES-FERRER E, AROCA-MARTÍNEZ T.

P-013 .- SATISFACCIÓN DE LAS MUJERES CON SU EXPERIENCIA DE PARTO.

VIDAL-MAZA I*, JANOT-REMOLINS A, GIL-VARGAS MJ, GÓMEZ-FERNÁNDEZ MA.

P-014 .- PROTOCOLO DE HIDROTERAPIA EN EL PARTO EN EL HOSPITAL MATERNO-INFANTIL CARLOS HAYA.

RAMOS-RODRÍGUEZ T*, LÓPEZ-MOLINA AM, CUBILLAS-RODRÍGUEZ I, OLIVA-GARCÍA J, NAVARRO-MAMELY ML, HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ P.

P-015 .- PUJOS DIRIGIDOS & PUJOS EXPECTANTES.

VAELLO A, VALENCIA E, ORELLANA M, CASTILLO E, LUCENILLA R, RODRÍGUEZ B.

P-016 .- ¿Y TÚ, CÓMO LO VES? RCTG: A PROPÓSITO DE UN CASO.

MARTÍNEZ-VILLAREJO L*.

P-017 .- USO DE LA BOLA SUIZA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y EXPULSIVO.

GAVILÁN-DÍAZ M*, GALLEGO-MOLINA J, HERNÁNDEZ-RABAL M, PÉREZ-CABALLERO A, VÁZQUEZ-SÁNCHEZ M, SÁNCHEZ-RUIZ P.

Sala 1- Competencias 1.

Modera: **Dña. Eva María del Cerro Hidalgo.** *Vocal de AP y AE Área 3 AMRM. Hospital Universitario Rafael Méndez. Lorca.*

P-018 .- UNA MIRADA HACIA ATRÁS, MATRONAS SIEMPRE COMPETENTES.

UNAMUNO-ROMERO B, RODRIGUEZ-VICENTE MD.

P-019 .- MATRONA Y VIOLENCIA DE GÉNERO: ¿QUÉ PODEMOS HACER?.

GIMÉNEZ-MARTÍNEZ A*, GONZÁLEZ-FAJARDO A, BARCELÓ-MUÑOZ N, DIEZ-JOVER R, PAGÁN-MARÍN L.

P-020 .- VALORACIÓN DEL NEONATO POR LA MATRONA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

GAVIN-GUTIÉRREZ L*, PRIETO-ÁLVAREZ P, NAVARRO-GUTIÉRREZ T, ESPART-HERRERO L, CUENCA-DIEZ B, CASILLAS-BARRAGÁN B.

P-021 .- RECUPERANDO LAS COMPETENCIAS PERDIDAS DE LA MATRONA EN ANDALUCÍA: ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

GAMUNDI-FERNÁNDEZ C*, JALÓN-NEIRA RM, DELGADO-MUÑOZ C.

P-022 .- RECUPERACIÓN DE COMPETENCIAS DE MATRONA EN ANDALUCÍA: ELABORACION DEL PROGRAMA DE CLIMATERIO.

RODRIGUEZ-SOTO C*, DELGADO-MUÑOZ E, JALÓN-NEIRA M, PAVÓN I, MEJÍAS-PANEQUE C, RAMÍREZ-PELÁEZ H.

P-023 .- ACOMPAÑAMIENTO DE GESTANTES Y RECIENT NACIDOS DADOS EN ADOPCIÓN. ACTUACIÓN DE LA MATRONA.

LLORENTE-GILETE M, CASANOVA-ARANDA I, MAS-PLA MJ, DE MIGUEL-IBÁÑEZ MP, NAVIO-ABRIL V.

P-024 .- UN RETO, UN FUTURO: CREAR UNA WEB DE SALUD DE CALIDAD.

CASTRO-ALONSO V*, VARONA-IGLESIAS S, VÁZQUEZ-HERRERO MJ.

P-025 .- IMPLEMENTACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN AL PARTO Y NACIMIENTO.

PULIDO-SOTO A, RAEZ-LIEBANAS A, FERNÁNDEZ-VALERO MJ, ROSALES-CHAMORRO MM.

P-026 .- VIOLENCIA DE GÉNERO Y EMBARAZO. LA IMPORTANCIA DE UNA DETECCIÓN PRECOZ EN ATENCIÓN PRIMARIA.

CASANOVA-VELASCO CE, VERA-REPULLO F.

P-027 .- ESTUDIO DE LA RESPUESTA SEXUAL COMO MEJORA DEL DESARROLLO COMPETENCIAL DE LA MATRONA EN EL ÁMBITO AFECTIVO-SEXUAL.

BAENA-ANTEQUERA F, JURADO-GARCÍA E, RUIZ-FERRÓN C.

P-029 .- CONSULTA DE LA MATRONA: DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS CITOLOGÍAS.

MITJANS-MONTOLIU E, ROIG-GARCÍA C, BORRÀS-BENTANACHS E, NAVARRO-TOLOSA.

P-030 .- CONSEJO CONTRACEPTIVO EN PERSONAS CON DISMINUCIÓN PSÍQUICA.

ALBILLOS-MINGORANCE B, CEÑA-DELGADO B, MASSÓ-CROS R, DOMENECH-PLA N, CALVO-CEBRIÁN C, FORNÉS-NIUBÓ M.

P-031 .- IMPORTANCIA DE LA FIGURA DE LA MATRONA EN EL ENTRENAMIENTO DEL SUELO PÉLVICO DURANTE EL EMBARAZO Y POSTPARTO.

MOYA-COBOS A*, REYES-MORILLAS M, ROQUE-MARTÍNEZ M.



P-032 .- MATRONA EN URGENCIAS: VALORACIÓN DE LA GESTANTE DE BAJO RIESGO, TRABAJO DE PARTO VERSUS PRODRAMOS DE PARTO.

FLOTATS A, SOLANS R, BASTEIRO E, BENITO I, MARTINEZ-VERDÚ MA, ARRANZ A.

P-033 .- COMO PLANIFICAR EDUCACIÓN EN LACTANCIA MATERNA EN UNA CONSULTA DE BIENESTAR FETAL LLEVADA POR UNA MATRONA.

ROQUE-MARTÍNEZ MC*, HERNÁNDEZ-HERRERÍAS I, SÁNCHEZ-GUISADO MM.

15'30 h

Sala 2- Recién Nacido 1.

Modera: **Dña Verónica Soto Herrero.** Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

P-034 .- EL USO DE LA OXITOCINA TRAS EL ALUMBRAMIENTO COMO PREVENCIÓN DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO PRECOZ.

PICÓN M*, ORENES MA, RUIZ MA, MARTÍN V, GARRIDO R, PAGÁN L.

P-037 .- EGB (+), ANTIBIOTERAPIA Y MASTITIS INFECCIOSA PUERPERAL: UNA RELACIÓN DESCONOCIDA.

MAJÁN-SESmero CT*, MAJÁN-SESmero A, GONZÁLEZ-MUÑOZ E, SESmero-GAMBÍN C.

P-038 .- ENDOMETRITIS POSTPARTO. PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE LA MATRONA.

MAYORAL-CÉSAR V*, CASADO-FERNÁNDEZ L, GARRIDO-LÓPEZ M, LUQUE-LEÓN M.

P-039 .- IMPACTO DEL PARTO POR CESAREA EN EL ÉXITO DE LA LACTANCIA TEMPRANA.

SÁNCHEZ-GOYA N.

P-040 .- INFLUENCIA DEL SUEÑO EN EL DESARROLLO DEL RECIÉN NACIDO.

PACHECO-ADAMUZ MJ, RIVAS-CASTILLO MT, CORRAL-SEGADE ME.

P-041 .- LA ANQUILOGLOSIA Y EL ÉXITO DE LA LACTANCIA MATERNA.

SELVA-CABAÑERO P, MORA-LORENTE J, FUERTES-CÁNOVAS Y, SUÁREZ-CORTÉS M.

P-042 .- LA PATERNIDAD Y EL APEGO.

PALOMO-GÓMEZ R, FERNÁNDEZ-ORDOÑEZ E, HERNÁNDEZ-RABAL M, SÁNCHEZ-RUIZ P, MARTÍNEZ-CASTELLÓN N, ROMEU-MARTÍNEZ M.

P-043 .- AUTOMASAJES DE FONDO UTERINO EN PUERPERAS MULTIPARAS PARA LA PREVENCIÓN DE ENTUERTOS.

HIGUERAS A, RAMÍREZ C*, VELÁZQUEZ V.

P-044 .- PROLONGACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA GRACIAS A GRUPOS DE APOYO INTRAHOSPITALARIOS.

SESmero-GAMBÍN C*, MAJÁN-SESmero CT, RAMÍREZ-PELÁEZ H, GONZÁLEZ-MUÑOZ E.

P-046 .- CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN LOS TALLERES DE LACTANCIA MATERNA A GESTANTES Y PUÉRPERAS.

ALCÁZAR-CONTRERAS N, PEDREÑO-LOPEZ JA, CONTRERAS-GIL F, LÓPEZ-FUENTES J, ELENA-ELENA MC, CONTRERAS-GIL J*.

P-047 .- EVOLUCIÓN DEL PAPEL PATERNAL HACIA LA COOPERACIÓN EN EL PUERPERIO.

MORENO L*, MARTÍNEZ I.

P-048 .- MADRES, RECIÉN NACIDOS Y EDUCADORES PARA LA SALUD. REVISIÓN DEL TRABAJO CON LOS GRUPOS DE POSTPARTO.

CREUS-PUJOL D, TEIXIDO-SENAR O, MONTE-MORA T.

P-049 .- MÉTODO KASSING: TÉCNICA DE ALIMENTACIÓN COMPATIBLE CON LA LACTANCIA MATERNA.

CUBILLAS-RODRÍGUEZ I, RAMOS-RODRIGUEZ T*, NIETO-CAMACHO J, TORRES-DÍAZ A, LÓPEZ-MOLINA A, DÍAZ-ZURDO MJ.

P-050 .- DEPRESIÓN POSPARTO. PAPEL DE LA MATRONA.

PONCE-MARTÍNEZ E*, ALCOLEA-LÓPEZ M, GARCÍA- GÓMEZ N.

Sala 3- Innovación 1.

Modera: **D. Pedro Pablo Serrano Rojas.** Hospital Comarcal del Noroeste. Caravaca de la Cruz. Murcia.

P-051 .- PROYECTO DE PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN EL ÁREA DEL HOSPITAL GENERAL DE ALMANSA.

HERRERO-OLIVER R.

P-052 .- EN BUSCA DE LA CALIDAD: EPISIOTOMIA O DESGARRO.

MARTÍNEZ-MARTÍN E*, MARTÍNEZ-GALÁN P, MACARRO-RUIZ L, MANRIQUE-TEJEDOR J, MIGUÉLEZ-LLAMAZARES L, PÉREZ-DE LA HIJA P.

P-053 .- USO DE LUBRICANTE DURANTE LA SEGUNDA ETAPA DEL PARTO PARA LA PREVENCIÓN DE TRAUMAS PERINEALES.

MARTÍNEZ-GALÁN P*, MACARRO-RUIZ L, MANRIQUE-TEJEDOR J, MIGUÉLEZ-LLAMAZARES L, PÉREZ- DE LA HIJA P, MARTÍNEZ-MARTÍN E.

P-054 .- MANEJO DEL SULFATO DE MAGNESIO PARA LA NEUROPROTECCIÓN.

MANRIQUE-TEJEDOR J*, MARTÍNEZ-MARTÍN E, MARTÍNEZ-GALÁN P, MACARRO-RUIZ L, PÉREZ-DE LA HIJA P, MIGUÉLEZ-LLAMAZARES L.

P-055 .- PREPARACIÓN PRENATAL DE CALIDAD:EL MASAJE PERINEAL (MP).

MARTÍNEZ-MARTÍN E, MIGUÉLEZ-LLAMAZARES L, MACARRO-RUIZ L, MARTÍNEZ-GALÁN P.

P-056 .- EFICACIA DE LA PSICOINMUNOLOGÍA APLICADA AL EMBARAZO Y PARTO EN EL ÁREA SUR DE SEVILLA.

DE ANDRÉS-MARTÍNEZ MA*, DELGADO-MUÑOZ E, MARTÍN-FERNÁNDEZ M, FERNÁNDEZ-BENITEZ R, DELGADO-GASCÓN C, RUIZ-PLAZA JM.

P-057 .- CUIDADO DE LA PIEL DEL RECIÉN NACIDO: MITO VS EVIDENCIA CIENTÍFICA.

MARTÍNEZ-GALÁN P, MARTÍNEZ-MARTÍN E, MIGUELEZ- LLAMAZARES L, MACARRO- RUIZ D.

P-058 .- TENS COMO MÉTODO ALTERNATIVO PARA EL ALIVIO DEL DOLOR INTRAPARTO: USO CORRECTO, EVALUACIÓN Y RESULTADOS.

RUIZ-GÓMEZ E, JIMÉNEZ-ROLDÁN F, SÁNCHEZ-HERRERA S, PÉREZ ESPARZA-TORRES L, REYES-JIMÉNEZ S.

P-059 .- PROYECTO DE VISITA HOSPITALARIA EN PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PRENATAL.

FERNÁNDEZ-REGUERO B, GARCÍA-DE LA ROSA A, SÁNCHEZ-CALAMA A, SEVILLANO-LÓPEZ N, GONZÁLEZ-DOMÍNGUEZ MJ.

P-060 .- NEUROTECCIÓN: CALIDAD ASISTENCIAL Y CUIDADOS A LA MUJER GESTANTE.

ENRÍQUEZ-RODRÍGUEZ I, MUÑOZ-ALBA E.

P-061 .- EFICACIA DE LA BUSCAPINA EN EL ACORTAMIENTO DEL TRABAJO DE PARTO.

MÁRQUEZ-SALAS N, MARTÍN-ESCOBAR N, ROSALES-SEVILLA R.

P-062 .- ATENCIÓN HOLÍSTICA DE LA MATRONA EN EL PROCESO DEL ILE.

LÓPEZ-BELTRÁN A, PALLISÉ-CARDELLACH A, PEDRIDO-REINO S, SALADO-GARCÍA M, DURÁN-SUÁREZ F, SIMO-ROVIRA M.

P-063 .- ANÁLISIS DE LA EFICACIA DEL USO DE T.E.N.S EN LA DISMINUCIÓN DEL DOLOR EN DILATACIÓN.

MORA-LORENTE J, SELVA-CABAÑERO P, FUERTES-CÁNOVAS Y, SUÁREZ-CORTÉS M.



15'30 h

Sala 4- Miscelanea 1.

Modera: **Dña. Francisca Postigo Mota.** *Vocal AP y AE Áreas 6-9. AMRM. Centro de Salud de Cieza-Este. Murcia.*

P-068 .- LA RELACIÓN CLÍNICA ENTRE LA MATRONA Y LA GESTANTE.

SUÁREZ-CORTES M.

P-069 .- INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y SU REPERCUSIÓN EN EL EMBARAZO Y EL RECIÉN NACIDO.

LORCA-BARCHÍN V*, RIVAS-CASTILLO MT, MENDOZA-ARIZA M.

P-070 .- SEMANA MUNDIAL DE LA LACTANCIA MATERNA 2012: ENTENDER EL PASADO. PLANIFICAR EL FUTURO.

GARCÍA-CALVO I.

P-071 .- PERFIL DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES EN NUESTRA ÁREA DE INFLUENCIA.

AGUILAR-BARTOLOMÉ I, PATRICIO-PEÑA D, BERNAL-VALVERDE B, ROMANO-SANTOS E, CARRERAS-CABALLERO M, MARTÍN-POLO C.

P-072 .- REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LOS DÉFICITS NUTRICIONALES EN LAS GESTANTES VEGETARIANAS Y SU

SUPLEMENTACIÓN.

ESPART-HERRERO L, NAVARRO-GUTIÉRREZ T, CASILLAS-BARRAGÁN B, GAVIN-GUTIÉRREZ L, PRIETO-ÁLVAREZ P, CUENCA-DÍEZ B.

P-073 .- BANCOS DE LECHE MATERNA EN ESPAÑA.

MERINO-ORTEGA ME, GALLEGO-GALLERO MA, MENA-GARCÍA M.

P-074 .- SINDROME DE HELLP INCOMPLETO CON EDEMA AGUDO DE PULMÓN ASOCIADO. DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO.

ROMEU M*, RUIZ MJ, GONZÁLEZ MJ.

P-075 .- PÉRDIDAS HEMÁTICAS ASOCIADAS AL I.V.E. FARMACOLÓGICO.

MORENO A, ARASA M, MOMPIELA A, CARDONA C, RODRÍGUEZ S, PELLICER C.

P-076 .- DOLOR ASOCIADO AL I.V.E. FARMACOLÓGICO.

RODRÍGUEZ S, CARDONA C, ARASA M, MOMPIELA A, PELLICER C, MORENO A.

P-077 .- RIESGOS Y BENEFICIOS DE LA TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA EN MUJERES MENOPAÚSICAS.

MANRIQUE TEJEDOR J, MIGUELEZ-LLAMAZARES L, PÉREZ-DE LA HIJA P, MARTÍNEZ-MARTÍN E, MARTÍNEZ-GALAN P, MACARRO-RUIZ L.

P-079 .- SEGURIDAD DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA A DEBATE EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN.

FERRER-GIL M, CASTELLARNAU-BERTRAN L, FABREGA-SABATE J, VILA-BACH A, RODRIGUEZ-APARICIO S, GIRIBET-RUBIOL ME.

P-080 .- CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES DEMANDANTES DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO.

SALADO-GARCÍA M, LÓPEZ-BERTRÁN A, PEDRIDO-REINO S, ROMANO-SANTOS E, PATRICIO-PEÑA D, PALLISE-CARDELLACH A.

P-081 .- OPINIÓN DE LOS JOVENES SOBRE LOS TALLERES DE EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL IMPARTIDOS EN LOS INSTITUTOS.

RAMÍREZ M*, PINTO T, FERNÁNDEZ MV, MARCH G, MORENO G, CASTELL S.

P-082 .- ASMA Y EMBARAZO: CUIDADOS DE LA MATRONA.

CASADO-FERNÁNDEZ L*, LUQUE-LEÓN M, MAYORAL-CESAR V, GARRIDO-LÓPEZ M.

P-083 .- ALTERACIONES DERMATOLÓGICAS MÁS FRECUENTES DURANTE LA GESTACIÓN: ATENCIÓN DE LA MATRONA.

GARRIDO-LÓPEZ M, MAYORAL-CESAR V, LUQUE-LEÓN M, CASADO-FERNÁNDEZ L*.

P-084 .- VALIDEZ CLÍNICA DE LA AMNIOSCOPIA EN LA VALORACIÓN DEL BIENESTAR FETAL.

DÍAZ-CHANTAR JI *, MORENO-BARRIENTOS M, CABELLO-ALCALÁ P.

17'30 h

Sesión Plenaria 2: “Matronas con competencias y mujeres competentes”.

Modera:

D. Pedro L. Zaragoza Vivo. Director General de Recursos Humanos. Servicio Murciano de Salud.

Intervienen:

- **“Yo trabajo profesionalmente, trabajo por competencias”.** Dña. Salomé de Diego Escribano. Licenciada en Psicología. Asesora en Rendimiento y Desarrollo Profesional. Santander.
- **“Mujeres competentes”.** Dña. Francisca Fernández Guillén. Abogada. Asociación El Parto es nuestro. Madrid.
- **“El conflicto entre las competencias de los profesionales y la libertad de decisión de las mujeres”.** Dr. D. José Manuel Hernández Garre. Matrona. Antropólogo. Unidad Docente de Matronas de Universidad de Murcia. Hospital Rafael Méndez. Lorca.
- **“Caminando, cayendo, levantando, avanzando”.** Dra. Dña. M^a Ángeles Castaño Molina. Matrona. Antropóloga. Hospital comarcal del Noreste. Caravaca. Servicio Murciano de Salud. Unidad Docente de Matronas. Universidad de Murcia.

SESIÓN PLENARIA PATROCINADA POR CENTRO MÉDICO VIRGEN DE LA CARIDAD

19'00 h

Espacio para la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME)

19'30 h

Defensa de Póster 2

Sala Plenaria- Nacimiento 2.

Modera: **D. José Manuel Hernández Garre.** *Matrona. Doctor en Antropología. Master en Investigación Ciencias Sociosanitarias. Hospital Universitario Rafael Méndez. Lorca. Unidad Docente de Matronas. Universidad de Murcia – SMS.*

P-085 .- HIDRATACIÓN Y FLUIDOTERAPIA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO. PROPUESTA DE UN DIAGRAMA DE FLUJO.

DÍEZ-JOVER R*, PAGÁN-MARÍN L, BARCELÓ-MUÑOZ N, GONZÁLEZ-FAJARDO A, PAGÁN-MARIN C, GIMÉNEZ-MARTÍNEZ A.

P-086 .- APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS HUMANIZADORAS DEL PARTO EN EL H.G.B DE MOTRIL.

GARCÍA-PINTOR S, GOMIS-SÁNCHEZ P, INIESTA-INIESTA E, ORTIZ-ZURITA A, RUIZ-VIDOY C.

P-087 .- USO DE COMPRESAS FRÍAS VS CALIENTES EN EL EXPULSIVO PARA DISMINUIR LA PREVALENCIA DE DESGARROS PERINEALES Y EL DOLOR.

RODRÍGUEZ-VILLAR V, MARTÍN-MARTÍN M, AGEA-CANO I, MIRANDA-MORENO MD.



P-088 .- PROTOCOLO INGESTA DE LIQUIDOS EN TRABAJO DE PARTO NORMAL.

TORTI-CALVO J, REINA-ESPEJO J, MOLINA E, VÁZQUEZ-MAMBRILLA MY.

P-089 .- LAS MATRONAS Y EL NACIMIENTO EN LOTUS.

MÍNGUEZ-ANDREU G *, HERNÁNDEZ-SÁNCHEZ E, CAMPOS-MARTÍNEZ A, CAMACHO-ÁVILA M.

P-090 .- TERMINACIÓN DEL PARTO EN MUJERES CON USO DE ANALGESIA EPIDURAL.

ALCARAZ-MARÍN AB, VALENZUELA-REYES M, MARÍN-VIZUETE I.

P-091 .- ALIVIO DEL DOLOR EN LA DILATACIÓN.

NOGALES-LORA F *, PÉREZ-MÁRQUEZ M, TELLO-LAZARO I.

P-092 .- TERAPIAS ALTERNATIVAS A LA EPIDURAL EN EL TRABAJO DE PARTO.

CRUZ S, CARTES A, GENTIL P, MARTÍN R, MORICHE M, NUÑEZ JL.

Sala 1- Competencias 2.

Modera: D. Daniel Morillas Guijarro. Vocal AE Áreas 1-7. AMRM. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

P-093 .- CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA EPISIOTOMÍA.

LÓPEZ-MARÍN R *, FRUTOS-MOLINA D.

P-094 .- DERECHOS QUE PROTEGEN TU EMBARAZO.

ROMERA-DE PACO G, SÁNCHEZ-SÁNCHEZ F, GÓNGORA-JIMÉNEZ V, PALOMINO-SALVADOR P, CONESA-AGÜERA A, GARCÍA-GÓMEZ A.

P-095 .- PROYECTO DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD A LA MUJER CON DIABETES GESTACIONAL.

AZNAR M*, DELGADO M, PÉREZ S, VÁSQUEZ V.

P-096 .- PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL PARA ADOLESCENTES: CONSULTA JOVEN.

DELGADO M*, AZNAR M, PÉREZ S, VÁSQUEZ V.

P-097 .- EXPERIENCIA Y RESULTADOS SESIONES INFORMATIVAS ATENCION PRIMARIA-CONSORCIO HOSPITALARIO DE VIC.

ROSEAN-VILA I, MONTES-GONZÁLEZ I, PUJOL-VILA M, FERNÁNDEZ-CASTRO CM, MORA-BARBA S, ARBERASLAUZURICA S.

P-098 .- LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA DESDE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA MATRONA.

RODRÍGUEZ V*, MARTÍNEZ GM, ROYO T, PÉREZ E, GUILLÉN A, MOLINA A.

P-099 .- LA PAREJA CON PROBLEMAS DE ESTERILIDAD. INTERVENCIÓN DE LA MATRONA.

MARTÍNEZ-AMORES GM*, RODRÍGUEZ-SÁNCHEZ V, PÉREZ-ABAD E, GUILLÉN-MARTÍNEZ A, MOLINA-RODRÍGUEZ A, ROYO-MORALES T.

P-100 .- CUIDADO CONDUCTIVO POR LAS MATRONAS: MIDWIFE LED CARE.

HERNÁNDEZ-RABAL M*, GAVILÁN-DÍAZ M, GALLEGU-MOLINA J, PALOMO-GÓMEZ R, FLORES-GARCÍA MA, MORILLA-ARAGÓN MT.

Sala 2- Recién Nacido 2.

Modera: Dña. M^a Emilia Martínez Roche. Matrona. Doctora en Pedagogía. Profesora Titular. Universidad de Murcia. Coordinadora Unidad Docente Matronas. Universidad de Murcia – SMS.

P-101 .- PLAN DE CUIDADOS EN PUÉRPERAS DIRIGIDO POR UNA MATRONA.

MOLINA-RODRÍGUEZ A, ROYO-MORALES T, MARTÍNEZ-AMORES GM, RODRÍGUEZ-SÁNCHEZ V, PÉREZ-ABAD E*, GUILLÉN-MARTÍNEZ A.

P-102 .- PREVENCIÓN DE LAS DISFUNCIONES DEL SUELO PELVICO EN EL POSTPARTO.

JANÉ-FEIXAS C, CRESPO-JIMÉNEZ N, ROMERO-CULLERES G, PIQUE-CANAL P, ABENOZA-GUARDIOLA M.

P-103 .- CONSIDERACIONES SOCIALES DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL FRANQUISMO: INFLUENCIA ACTUAL.

PÉREZ-ABAD E*, GUILLÉN-MARTÍNEZ A, MOLINA-RODRÍGUEZ A, ROYO-MORALES T, MARTÍNEZ-AMORES GM, RODRÍGUEZ-SÁNCHEZ V.

P-104 .- HEMATOMAS GENITALES EN EL PUERPERIO.

CASTILLO-CASTRO E*, VALENCIA-GÓMEZ E, CROS-OTERO SJ, VAELO-ROBLEDO A, BARBOSA-CHAVES MJ, GARCIA-GALÁN RE.

P-105 .- LA LABOR DE LA MATRONA EN EL PUERPERIO.

CÁRDENAS-DE COS C, ZAPATA-VALERA M, CROS-OTERO SJ.

P-106 .- PREVENCIÓN DE LAS GRIETAS EN EL PEZÓN: ESTRATEGIA PARA LA DISMINUCIÓN DEL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA.

GARRIDO-CARREÑO R*, RUIZ-CHUMILLA MA, MARTÍN-MARTOS V, ORENES-BELLIDO MA, PICÓN-CARMONA M.

P-107 .- PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA: BARRERAS EN SU INSTAURACIÓN Y MANTENIMIENTO.

GARCÍA-GÓMEZ AM*, PADILLA-CASAÚ C, REALES-FERRER E, ROMERA-DE PACO GM, SÁNCHEZ-SÁNCHEZ FC, GÓNGORA-JIMÉNEZ MV.

P-108 .- EL DOLOR EN EL RECIÉN NACIDO: CÓMO CUANTIFICARLO.

RUIZ-GÓMEZ E, PÉREZ ESPARZA-TORRES L, JIMÉNEZ-ROLDÁN F.

Sala 3- Innovación 2.

Modera: Dña. Josefa Bañón Pastor. Vocal AP y AE Área 8 AMRM. Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor. San Pedro del Pinatar. Murcia.

P-109 .- LAS MATRONA SE REINVENTAN.

VÁZQUEZ-LARA JM, RODRÍGUEZ-DÍAZ L, CARRILLO-VEGA E, MUÑOZ-VELA FJ, VÁZQUEZ-LARA MD, FERNÁNDEZ-CARRASCO FJ.

P-110 .- COMPARAR TRATAMIENTO CONDUCTUAL REALIZADO POR MATRONAS VS ASOCIACIÓN DE ANTICOLINÉRGICOS EN MUJERES CON IN. URINARIA DE.

ALIAGA-MARTÍNEZ F*, PRATS-RIBERA E, SISQUELLA-JUAN M, GARCÍA-BAEZ C, ECHEVARRIA-RAMOS M, RODERO-SALGUEIRO E.

P-111 .- EL PARTO, ARMONÍA E INTIMIDAD. CAMPAÑA EDUCATIVA EN EL SERVICIO DE MATERNIDAD Y PARTOS.

HURTADO C, DEL POZO L, RETAMA S, FERNÁNDEZ A.

P-112 .- LA EDUCACIÓN MATERNAL A DEBATE. ¿ES ÚTIL EN EL MOMENTO DEL PARTO?.

DEL POZO L, HURTADO C, RETAMA S, FERNÁNDEZ A.

P-113 .- PROTOCOLO DEL ESTUDIO SOBRE LA EFECTIVIDAD DE LA ACUPUNTURA EN EL INICIO ESPONTÁNEO DEL PARTO.

JIMÉNEZ-AROCHA P, RAMÍREZ-MARTÍNEZ EI*, NAGORE-GONZÁLEZ L, CEREZO-CANTÓ A.

P-114 .- DEPORTE Y EMBARAZO. ¿QUÉ DEBEMOS SABER?.

JIMÉNEZ-LEBRÓN RM, JIMÉNEZ-RUZ A, NARANJO-ARIZA MI, HURTADO-ALGAR EM.

P-115 .- RISOTERAPIA PARA EMBARAZADAS.

SOLER J*, CARPENA FJ.

P-174 .- BIOMECÁNICA DE PARTO. BENEFICIOS MATERNO-FETALES ASOCIADOS A POSICIONES NO SUPINAS EN EL PARTO.

DE LA ROSA-GARCÍA A, FERNÁNDEZ-REGUERO B, SEVILLANO-LÓPEZ N, SÁNCHEZ-CALAMA A, GONZÁLEZ-DOMÍNGUEZ MJ.



19'30 h

Sala 4- Miscelanea 2.

Modera: Dña. Ana Belén Mayor Martín. *Vocal Secretarí. AMRM. Matrona. Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena. Murcia.*

P-116 .- BENEFICIOS DEL MASAJE INFANTIL.

FERNÁNDEZ-ORDÓÑEZ E, PALOMO-GÓMEZ R *, TORRES-RUZ R.

P-117 .- INFECCION CONGENITA POR CITOMEGALOVIRUS. EL PAPEL DE LA MATRONA EN SU PREVENCIÓN.

PALACIOS-ANDRÉS L, CASTRO-PRADO C.

P-118 .- EL MASAJE PERINEAL CON ACEITE, A PARTIR DE LAS SEMANAS 34-35 DE GESTACIÓN PARA PREVENIR LOS DESGARROS EN EL EXPULSIVO.

ORTIZ-MÁRQUEZ M, ROLDÁN-VERGARA T *.

P-119 .- MASAJE INFANTIL: GRANDES BENEFICIOS, POCA NECESIDAD DE INTERVENCIÓN.

POSTIGO -LÓPEZ P*, LÓPEZ-GONZÁLEZ I, PERNAS-BARAHONA A, SOTO-HERRERO V, DE MULDER-MUYLAERT C, NUÑEZ-GARCÍA O.

P-120 .- ENFERMEDAD DE CHAGAS Y EMBARAZO: CONSIDERACIONES PARA LA MATRONA.

GALLARDO-TRUJILLO C*, GÁLVEZ-ESCALERA C, SALGUERO-CABALGANTE R, OLMO-SÁNCHEZ JJ.

P-121 .- A PROPÓSITO DE UN CASO: VPH Y EMBARAZO.

SALGUERO-CABALGANTE R, GÁLVEZ-ESCALERA C, GALLARDO-TRUJILLO C, SEVILLA-PALOMA JM.

P-122 .- EDUCACIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES: ABORDAJE DE UNA ETAPA CLAVE.

FERNÁNDEZ-REGUERO B, GARCÍA-DE LA ROSA A, SEVILLANO-LÓPEZ N, SÁNCHEZ-CALAMA A, GONZÁLEZ-DOMÍNGUEZ MJ.

P-123 .- PERFIL DE LA USUARIA DEL I.V.E. FARMACOLÓGICO.

PELLICER C, CARDONA C, MOMPIELA A, ARASA M, RODRÍGUEZ S, MORENO A.

Jueves 8 de noviembre de 2012

09'00 h

Sesión de Comunicaciones Orales 2

Sala Plenaria- Competencias 2.

Modera: D. José Manuel Hernández Garre. *Matrona. Doctor en Antropología. Master en Investigación Ciencias Sociosanitarias. Hospital Universitario Rafael Méndez. Lorca. Unidad Docente de Matronas. Universidad de Murcia – SMS.*

O-059 .- LA AUTONOMIA DE LA MUJER EN EL NUEVO PARADIGMA DE ATENCION AL PARTO.

MARTÍNEZ-GARCÍA E, POZO-CANO MD, GONZÁLEZ-JIMÉNEZ E, NAVARRO-JIMÉNEZ C.

O-060 .- EVOLUCIÓN DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS.

ORDORICA I *, VALTIERRA A.

O-061 .- A PROPÓSITO DE UN CASO: MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA TIPO I.

GARCÍA E, GARCÍA MJ, AMADOR L*.

O-062 .- EDUCACIÓN SEXUAL PARA PADRES DE NIÑOS DE 8-9 AÑOS.

GARCÍA E, AMADOR L, GARCÍA MJ, FERREIRO C, FONTÁN M, BARAJAS C.

O-063 .- GRADO DE CONSECUCIÓN DEL OBJETIVO DEL MILENIO Nº 5 VINCULADO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: "MEJORAR LA SALUD MATERNA".

GARCÍA-DA SILVA A, ÁVILA-CUADROS M, MARTÍNEZ-GARCÍA E, SÁNCHEZ-ALÍAS M, MORIANA-LÓPEZ M.

O-064 .- VIVENCIA DE LA MATERNIDAD EN MUJERES CON DISCAPACIDAD VISUAL.

VELO M, RAMOS I*, GÓMEZ L, RAMOS A, BEDOYA NL, CAMPOS MR.

O-065 .- PROTOCOLO DE ATENCIÓN A EMBARAZADAS CON PROBLEMAS DE MOVILIDAD.

REINA J *, DE PRADO M, TORTI J, MOLINA E.

O-066 .- MEJORANDO LOS CUIDADOS DE LA MATRONA: REFLEXOLOGÍA EN LA MATERNIDAD.

BUENO-MONTERO E*, FERNÁNDEZ-ZÁRATE M.

O-067 .- EXPERIENCIA CON GRUPOS DE MUJERES, PARA TRABAJAR EL SUELO PÉLVICO EN ATENCIÓN PRIMARIA.

CREUS-PUJOL D, DOMÍNGUEZ-TORRES E, MONTE-MORA T, TEIXIDÓ-SENAR O.

O-068 .- ASPECTOS LEGALES EN LA ACTIVIDAD DIARIA DE LA MATRONA.

FERNÁNDEZ-ZARATE M*, BUENO-MONTERO E, FERNÁNDEZ -CABALLERO A.

O-069 .- SEXUALIDAD MASCULINA Y EMBARAZO: LA SALUD SEXUAL DEL HOMBRE DURANTE EL EMBARAZO DE SU PAREJA.

FERNANDEZ-CARRASCO FJ*, VÁZQUEZ-LARA JM. RODRÍGUEZ-DÍAZ L.

O-070 .- LA ATENCIÓN A LA MATERNIDAD: UNA CUESTIÓN DE GENERO?.

MURILLO-MOLINA M, ABAJO-LAMAS S, SOMBRERO-TORRES I, DAMIAN-SOLA P, PAUCAR-GUEVARA M, FONOLLOSA-QUERALT C.

Sala 1- Innovación 3.

Modera: D. José Arnau Sánchez. *Matrona AP. Doctor en Enfermería. Servicio Murciano de Salud. Unidad Docente de Matronas. Universidad de Murcia.*

O-071 .- TACTO NUTRITIVO. ESTUDIO PILOTO.

RUÍZ-PLAZA JM, RAMÍREZ-PELÁEZ H, PADILLA-LEDESMA MM.

O-072 .- CITOLOGIA CERVICO VAGINAL., ALGO MAS QUE EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CARCER DE CERVIX.

DEL ARCO-RAMOS P*, SERRANO-GÓMEZ S, CARAVACA-BERENGUER MJ, GARCÍA-DENIA J, PARDO-MARTÍNEZ N, OSETE-BAÑOS S.

O-073 .- LACTAR DURANTE EL EMBARAZO Y EN TÁNDEM: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

ORENES-BELLIDO MA, PICÓN-CARMONA M, MARTÍN-MARTOS V, RUIZ-CHUMILLA MA, GARRIDO-CARREÑO R, PAGÁN-MARÍN C.

O-075 .- DOS CASOS DE MUERTE INTRAPARTO: TESTIMONIOS ARQUEOLÓGICOS.

DE MIGUEL-IBÁÑEZ MP, MALGOSA-MORERA A, NAVÍO-ABRIL V, DE MIGUEL-IBÁÑEZ P, RAMOS-AGUIRRE M, AYALA-JUAN MM.

O-076 .- TOLERANCIA DEL IVE FARMACOLÓGICO.

PROHIAS-RICART S, CALVO-CEBRIÁN C, CARDENAS-GODOY B, ALBILLOS-MINGORANCE B, LLAMAS-RUIZ A.

O-077 .- GUIA DE VALORACION BASICA EN OBSTETRICIA, MANUAL DE BOLSILLO.

FERNÁNDEZ-CABALLERO A*, RODRÍGUEZ-DÍAZ L, VÁZQUEZ-LARA J, BECERRA-GONZÁLEZ A, PRIETO-RIERA A

O-078 .- TERAPIA NEURAL.

AMORÓS AM*, VALL C, VÁZQUEZ G.



- O-079 .- ESTUDIO SOBRE LA PREVALENCIA MUESTRAL DE LA ALTERACION TIROIDEA EN LAS MUJERES EMBARAZADAS.**
 RODRÍGUEZ-SOTO MC, ÁLVAREZ-SORIANO MA, OSCOZ-MUÑOZ A, LARA-MONTERO AM, MARTÍN-MOCHALES E, RIVAS-DOBLADO JS.
- O-081 .- PREVENCIÓN DE LA TOS FERINA: GUÍA DE ACTUACIÓN DE LA MATRONA.**
 DOMÍNGUEZ-SIMÓN, MJ*, GIL-IZQUIERDO F, GALINDO-MORENO I, CERVILLA-FERREIRO E, JIMÉNEZ-GALIANO AB, SEVILLANO-MANTAS M.
- O-082 .- IMPORTANCIA DEL PAPEL DE LA MATRONA EN EL ÁREA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.**
 ROLDÁN-VERGARA T, RUÍZ-FERNÁNDEZ MC, FERNÁNDEZ-DOMÍNGUEZ B, CANDAU-DE CÁCERES S

09'00 h

Sala 2- Recién Nacido 2.

Modera: M^a Dolores Nicolás Viguera. Matrona. Máster en Antropología. Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena. Unidad Docente de Matronas. Universidad de Murcia – SMS.

- O-048 .- CONOCIMIENTO Y USO DEL ÓXIDO NITROSO EN EL PARTO.**
 MIGUÉLEZ-LLAMAZARES L*, PÉREZ-DE LA HIJA P, MARTÍNEZ-MARTÍN E, MARTÍNEZ-GALÁN P, MACORRO-RUIZ L, MANRIQUE-TEJEDOR J.
- O-083 .- SATISFACCIÓN MATERNA DEL ENSAYO CLÍNICO EFICACIA DE LA POSTURA MATERNA EN PARTOS CON MALPOSICIÓN FETAL OCCIPITOPOSTERIOR.**
 MOLINA-REYES CY, MUÑOZ-MARTÍNEZ AL, MARTÍNEZ-GARCÍA E, BERRAL-GUTIÉRREZ MA, CASTELLANO-IBAÑEZ FD, COBOS-RUIZ FM.
- O-084 .- ¿MERECE LA PENA EL USO DE OXIDO NITROSO?.**
 DE LA FUENTE-PEDROSA ER *, SÁNCHEZ-BARROSO MT, SEGURA-GARCÍA MH, SÁNCHEZ-FERNÁNDEZ M, GREGORIO-ÁLVAREZ, RUÍZ-MARTÍNEZ E.
- O-085 .- UTILIZACION DEL AGUA COMO ALTERNATIVA EN LA PREPARACION AL PARTO: VÍDEO.**
 SERRANO-RAYA L.
- O-086 .- FITNESS ACUÁTICO ADAPTADO AL EMBARAZO: EL FUTURO DE LA PREPARACIÓN FÍSICA AL PARTO.**
 FERNÁNDEZ J, FERNÁNDEZ M.
- O-087 .- DE AGUA DESTILADA EN MUJERES EN FASE PRODROMICA: ESTUDIO CUALITATIVO.**
 HERNÁNDEZ-SÁNCHEZ E*, MÍNGUEZ-ANDREU G, CAMACHO-ÁVILA M, CAMPOS-MARTÍNEZ A.
- O-088 .- PROYECTO DE IMPLANTACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS INTRAPARTO: MEDIOS AUDIOVISUALES DIRIGIDOS A LA GESTANTE.**
 LOSADA FJ*, LOJO C, FONT S, BENITO I, SOLANS R, ARRANZ A.
- O-089 .- ACOMPAÑAMIENTO EN EL NACIMIENTO.**
 GARCÍA-LÓPEZ L, GARCÍA-VICUÑA M.
- O-090 .- ANSIEDAD EN EL TERCER TRIMESTRE DE GESTACIÓN Y TIPO DE PARTO.**
 ALOS-RODRÍGUEZ C, FALGUERA F, OLLE A, ABELLA M.

Sala 3- Nacimiento 2 y Recién Nacido 3.

Modera: Dña. Josefa Bañón Pastor. Vocal AP y AE Área 8 AMRM. Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor. San Pedro del Pinatar. Murcia

- O-091 .- EXAMINANDO EL POTENCIAL DE LA ABUELA PARA INFLUIR EN LAS DECISIONES DE LA MADRE SOBRE LACTANCIA MATERNA.**
 ÓRPEZ-MARTÍNEZ M, ÓRPEZ-MARTÍNEZ MM.
- O-092 .- LA MATRONA EN EL ABORDAJE DE LOS ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL PUERPERIO.**
 PALOMO-GÓMEZ R, FERNÁNDEZ-ORDÓÑEZ E, SÁNCHEZ-RUIZ P.
- O-093 .- DESGARRO PERINEAL VS EPISIOTOMÍA. RESULTADOS EN 4 RESIDENTES DE MATRONA.**
 CARAVACA-BERENGUER MJ, PARDO-MARTÍNEZ N, SERRANO-GÓMEZ SM, OSETE-BAÑOS S, GARCÍA-MIGUEL R, DEL ARCO-RAMOS P.
- O-095 .- ¿INFLUYE LA POSICIÓN DURANTE EL EXPULSIVO EN LA LESIÓN PERINEAL?.**
 MARGAIX-FONTESTAD L, ARRIERO-HURTADO B, IÑIGUEZ-HERNÁNDEZ C.
- O-096 .- ACTUACIONES DE MATRONA ANTE UNA POSICIÓN POSTERIOR INTRAPARTO.**
 GILART-CANTIZANO P, CUTILLA-MUÑOZ AM, RODRÍGUEZ-VILLA S.
- O-097 .- PROPUESTA DE PROTOCOLO DE ALTA HOSPITALARIA A LA PUÉRPERA EN EL PARTO DE BAJO RIESGO.**
 PALOMINO-SALVADOR PA*, LÓPEZ-MARÍN R, FRUTOS-MOLINA D, GÓNGORA-JIMÉNEZ MV.
- O-098 .- PARIR EN CASA, SANANDO HERIDAS.**
 POSTIGO-MOTA F, GÓMEZ-LÓPEZ A, SÁNCHEZ-TERRER M, MARTÍNEZ-BIENVENIDO E.
- O-099 .- SEXUALIDAD EN EL EMBARAZO Y EL PUERPERIO.**
 MANZANO-RAMIREZ C, OLLE-RIBERA A, UYA-PONS C, ABELLA-JOVE M.

Sala 4- Competencias 3 e Innovación 4.

Modera: Dña. Ana Belén Mayor Martín. Vocal Secretaría. AMRM. Matrona. Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena. Murcia.

- O-100 .- ABORTO FARMACOLOGICO EN ATENCION PRIMARIA ESTUDIO DESCRIPTIVO.**
 PRATS-RIBERA E, ALIAGA-MARTÍNEZ P, PRATS-MONTEJANO N, ALSINA-HIPOLITO M, ALLEPUZ A, SANTAELLA-URGELLES M.
- O-101 .- MEJORANDO LAS TASAS DE VALIDEZ DE LAS UNIDADES DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL.**
 ORDORICA-NAVASCUES I, GONZÁLEZ-CORDERO MN, GUTIERREZ-QUINTANA C, PERICÓN-PÉREZ A, SOLER-PÉREZ D*, ZUAZO-GONZÁLEZ L.
- O-102 .- COMADRONA DE CONSULTAS EXTERNAS. ALGO MAS QUE “PONER CORREAS”.**
 FERNÁNDEZ-PASCUAL A, ZAMORA-MARTÍNEZ I.
- O-103 .- RELACIÓN ENTRE LA GLUCEMIA MATERNA Y LA VARIABILIDAD DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL DURANTE EL TRABAJO DE PARTO.**
 POZO-SÁNCHEZ-ARCHIDONA M, OTT-PEREIRA A, ARRIBAS-DONATE A*, CASAS-MARTÍN S, ZARCO-CALONGE G.
- O-104 .- DESCRIPCIÓN DE LA PERCEPCIÓN SOBRE EL USO DEL PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO DURANTE LOS AÑOS 2010/11 EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA.**
 RUIZ-FERRÓN C, JURADO-GARCÍA E, BAENA-ANTEQUERA F.
- O-106 .- CONSEJO GENÉTICO: ¿REALIDAD O FICCIÓN DE LAS COMPETENCIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA?.**
 PÉREZ-TERUEL M, NAVARRO-GARCÍA A.
- O-107 .- MATERNIDAD GLOBAL.**
 COTS I*, MAINAR G, ABELLA M.



O-108 .- LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN EN EL TRABAJO ASISTENCIAL DE LA MATRONA.

ALZURIA R, SOMBRERO I, LEIVA M, ABAJO S, AZNAR I, MURILLO M.

O-109 .- PLAN DE MEJORA EN LA OBTENCIÓN DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL.

PIZARRO-GONZÁLEZ MA*, LLADÓ-GARCÍA A, MARTÍNEZ-LÓPEZ P, PEREIRA-ÁLVAREZ C, ARRANZ-BETEGÓN A.

O-110 .- ¿CONOCEN LAS MATRONAS EN LA REGIÓN DE MURCIA EL TÉRMINO VIOLENCIA OBSTÉTRICA?.

GÓMEZ-LÓPEZ A, POSTIGO-MOTA F, MARTÍNEZ-BIENVENIDO E, SÁNCHEZ-TERRER ME.

O-111 .- FACTORES DE RIESGO PARA LA EPISIOTOMÍA Y/O DESGARRO.

OLIVA-PÉREZ J, SIMONELLI-MUÑOZ AJ, IBÁÑEZ-GIL N, ARCE-MAURE C.

O-112 .- COMPETENCIAS PROFESIONALES DE LAS MATRONAS. PERCEPCIONES Y OPINIONES.

MUÑOZ-RODRÍGUEZ MN*, GÓMEZ-GARCÍA CI, RUÍZ-GARCÍA MJ.

11'00 h **Simposio "Calidad asistencial. Un camino necesario."**

Sesión Científica organizada y patrocinada por la **Sociedad Murciana de Calidad Asistencial**

Modera: Manuel Alcaraz Quiñonero. Vicepresidente Junta Directiva Sociedad Murciana de Calidad Asistencial.

Intervienen:

"Nos evaluamos y mejoramos." Concepción Martínez Román. Supervisora de Partitorios y Urgencias de Maternal. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Área I.

"Protección del espacio madre-bebé." Ricardo García de León González. Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital Virgen del Castillo. Área V.

Simposio "La Matrona y la rotura de bolsa en prematuros"

Sesión Científica organizada y patrocinada por **AnmiSure**.

Interviene:

Luciano Rodríguez Díaz. Supervisor del Bloque Obstétrico Hospital Universitario de Ceuta, Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecología (Matrón). Componente del Grupo de Urgencias Obstétrico-Ginecología SEEUE y Profesor Universidad de Ceuta.

Simposio "El papel de las Matronas en la prevención de la Enfermedades Genéticas"

Sesión Científica organizada y patrocinada por **Orphan Europe**.

Interviene:

Asunción Fernández Sánchez. Directora del Centro de Bioquímica y Genética Clínica de la Región de Murcia.

12'00 h **Sesión Plenaria 3: "Recuperando los 11 meses lunares".**

Modera:

Dña. Carmen Isabel Gómez García. Presidenta. Asociación Española de Enfermería de la Infancia.

Intervienen:

➤ **"Vínculo afectivo y relación de apego en el recién nacido".** D. Adolfo Gómez Papí. Neonatólogo. Hospital de Tarragona "Joan XXIII". Tarragona.

➤ **"Reflexiones sobre un puerperio sexualmente sano".** Dña. Alicia Martínez Martínez. Matrona. Máster en Sexualidad. Servicio Murciano de Salud. Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena.

➤ **"Con-ciencia y con-tacto".** Dña. Rita Griesche. Terapeuta y Profesora de Shiatsu. Directora de Shiatsu Levante. Escuela Registrada de la APSE y FES.

"La psicoanalgesia materno-fetal y su aplicación al proceso de Nacimiento". Dña. M^a Ángeles Fernández Martínez. Matrona. Presidenta de la Asociación Andaluza de Matronas. Presidenta de la Subcomisión de Docencia del Hospital Valme de Sevilla. Secretaria de la Federación de Asociaciones de Matronas de España.



12'00 h **Espacio para Matronas Residentes.**

Bienvenida

M^a Ángeles Castaño. Presidenta Asociación Matronas de la Región de Murcia.
 Natividad Astrain. Presidenta Federación Asociaciones de Matronas de España, FAME
 Moderadora: Gloria Seguranyes. Representante FAME en Comisión Nacional de Matronas.

La importancia de la investigación en la formación de matronas residentes.

M^a Emilia Martínez Roche. Responsable Unidad Docente Matronas de Murcia.

Comisión Nacional de Matronas. Trabajos en curso.

M^a Isabel Sánchez-Perruca. Presidenta Comisión Nacional Matronas

Situación actual de la especialidad de matrona. Aportaciones y debate.

Carmen Amorín Pedrosa y Maria Velo Higueras. Miembros Comisión Nacional Matronas en representación matronas residentes.

14'00 h **Almuerzo de trabajo. Edificio Anexo Auditorio y Centro de Congresos.**

15'30 h **Defensa de Póster 3**

Sala Plenaria- Miscelanea 3.

Moderador: D. Pedro Pablo Serrano Rojas. *Hospital Comarcal del Noroeste. Caravaca de la Cruz. Murcia.*

P-078 .- INTERVENCIÓN EN GESTANTE DE 31 SEMANAS DE GESTACIÓN CON ACV.

MAJÁN-SESMERO CT*, FERNÁNDEZ-CABALÍN J, TORRES-DÍAZ Á.

P-124 .- MUJERES INMIGRANTES Y ANTICONCEPCIÓN.

ROMANO-SANTOS E, PATRICIO-PEÑA D*, MARCH-JARDI G, AGUILAR-BARTOLOMÉ I, BERNAL-VALVERDE B, FERNÁNDEZ-GONZÁLEZ B.

P-125 .- EXISTE ALGUNA REALCIÓN ENTRE EL MASAJE PERINEAL Y LA INCIDENCIA DE EPISIOTOMIAS Y LACERACIONES?.

PÉREZ-SALA O*, CARDONA-ESPUNY MC, HERNÁNDEZ-GÓMEZ A, FERRER-BALLESTE M, GASPARIN-PEDRAZA M, NAVASQUILLO-CALDERON A.

P-126 .- VIAJES A ZONAS DE RIESGO EN LA EMBARAZADA: RECOMENDACIONES Y VACUNAS.

COTE-GIL L, JIMÉNEZ-GALIANO AB, SEVILLANO-MANTAS M, GALINDO-MORENO I, DOMÍNGEZ-SIMÓN MJ*, CERVILLA-FERREIRO E.

P-127 .- REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN GESTANTE Y CESÁREA PERIMORTEM. REVISIÓN SISTEMÁTICA.

MARTÍN-MARTÍN R, GENTIL P, CARTES A, CRUZ S.

P-128 .- ¿SON COMPATIBLES LOS ANTIDEPRESIVOS CON EL EMBARAZO?.

LOZANO-BUENO S, CARRERA-ROS C, CARMONA-ROMERA A.

P-129 .- ENFERMEDAD CELÍACA E INFERTILIDAD.

CASTILLO-CASTRO E*, CROS-OTERO SJ, ZAPATA-VALERA M, VAELO-ROBLEDO A, BARBOSA-CHAVES MJ, GARCIA-GALÁN RE.

P-130 .- HIPOTIROIDISMO Y GESTACIÓN. RIESGOS EN EL NEURODESARROLLO FETAL, CONSECUENCIAS FUTURAS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

CARTES A, CRUZ S, MARTÍN R, GENTIL P, MORICHE M, NUÑEZ JL.

P-131 .- TRATAMIENTO PARA LOS SOFOCOS EN EL CLIMATERIO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

CARTES A, CRUZ S, MARTÍN R, GENTIL P, MORICHE M, MASERA MI.

P-132 .- HIDRATACIÓN Y ALIMENTACIÓN EN EL TRABAJO DE PARTO.

MURILLO M *, MARÍN A, ALCARAZ A, MARÍN I.

P-133 .- BANCOS DE LECHE MATERNA:UNA FUENTE DE ORO BLANCO.

ALARCÓN-TORIBIO Y*, CHAMIZO-MURILLO A, ECHEVARRÍA AMADO-LORIGA P, MARÍ-VILLAGRASA J.

P-134 .- SATISFACCIÓN DE LAS MUJERES DE PARTO Y CARGA LABORAL DE LAS MATRONAS.

CEREZO-MUNUERA A, MENÁRQUEZ-LUQUE A, ROMERO-RODRÍGUEZ S, SUÁREZ-CORTÉS M, SELVA-CABAÑERO P.

P-135 .- MUERTES POR VIOLENCIA DE GENERO EN ESPAÑA: ¿SON EFECTIVAS LAS MEDIDAS LEGISLATIVAS IMPLANTADAS?.

ONTIVEROS-ROJAS E, LÓPEZ-SÁNCHEZ B, MARTÍNEZ-GARCÍA E, ÁVILA-CUADROS E, GARCÍA-DA SILVA A, GARCÍA-SÁEZ S.

P-136 .- INFLUENCIA DE LA MUSICOTERAPIA SOBRE EL TRABAJO DE PARTO.

SISTO B*, JEAN-PAUL S, RODRÍGUEZ A.

P-137 .- BURNOUT DE MATRONAS ESPAÑOLAS QUE TRABAJAN EN HOSPITALES.

CEREZO-MUNUERA A, MARTÍNEZ-JIMÉNEZ D, FUERTES-CÁNOVAS Y, SUÁREZ-CORTÉS M, MENÁRQUEZ-LUQUE A, SELVA-CABAÑERO P.

P-138 .- MAPA DE RIESGO DE MUTILACION GENITAL FEMENINA EN ESPAÑA.

MORIANA-LÓPEZ MB, SÁNCHEZ-ALIAS ME, MARTÍNEZ-GARCÍA E, LÓPEZ-SÁNCHEZ B, ONTIVEROS-ROJAS E, OLVERA-PORCEL MC.

Sala 1- Miscelanea 4.

Moderador: Dña. Eva María del Cerro Hidalgo. *Vocal de AP y AE Área 3 AMRM. Hospital Universitario Rafael Méndez. Lorca.*

P-139 .- VIVENCIA DE LA SEXUALIDAD EN EL CLIMATERIO: PAPEL DE LA MATRONA.

PAGÁN-MARÍN C*, PAGÁN-MARÍN L, DÍEZ-JOVER R, ORENES-BELLIDO MA, RUIZ-CHUMILLA MA, MARTÍN-MARTOS V.

P-140 .- COLECHO: ALGO MÁS QUE COMPARTIR LA CAMA.

GÓNGORA-JIMÉNEZ MV*, PALOMINO-SALVADOR PA, CONESA-AGÜERA A, GRACÍA-GOMEZ AM, PADILLA-CASAU C, REALES-FERRER E.

P-141 .- FUNDAMENTOS PARA COLECHAR DE FORMA SEGURA.

GUILLÉN-MARTÍNEZ A, MOLINA-RODRÍGUEZ A, RODRÍGUEZ-SÁNCHEZ V*, MARTÍNEZ-AMORES G, ROYO-MORALES T, PÉREZ-ABAD E.

P-142 .- EDUCACIÓN INTERACTIVA EN DIABETES GESTACIONAL.

LLADÓ RM, RAMOS L*, JARA E, GOTOR MC, RODRÍGUEZ M, ARRANZA A.



P-143 .- A PROPOSITO DE UN CASO: DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA EN GESTANTE DE 39 S.G. CON PRE-ECLAMPSIA.

GARCÍA-HERNÁNDEZ MC, LÓPEZ-LÓPEZ MI, LÓPEZ-GONZÁLEZ I, MARCO-ALEGRIA TD.

P-144 .- INYECCIONES DE AGUA ESTÉRIL PARA EL ALIVIO DEL DOLOR DURANTE EL TRABAJO DE PARTO: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

PICÓN M, ORENES MA, RUIZ MA, MARTIN V, GARRIDO R, PAGAN C.*

P-145 .- ESTUDIO SOBRE LA EFECTIVIDAD DEL DIU COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA.

ROYO-MORALES T, PÉREZ-ABAD E, GUILLEN- MARTÍNEZ A, MOLINA-RODRÍGUEZ A, RODRÍGUEZ-SÁNCHEZ V, MARTÍNEZ-AMORES G.*

P-146 .- Y DE TODOS ¿QUIÉN ES EL MEJOR?.

NARANJO MI, HURTADO M, JIMÉNEZ R, JIMÉNEZ A.*

P-147 .- REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO.

GENTIL-ALPÉRIZ P, MARTÍN-MARTÍN R, CRUZ-GARCÍA S, CARTES-CUMBRERAS A, MORICHE-ROLDÁN M.

P-148 .- REVISIÓN DE LA RECOMENDACIÓN DE RESTRICCIÓN DE SAL EN EMBARAZADAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA PRE-ECLAMPSIA.

MIRANDA-MORENO MD, AGEA-CANO I, RODRÍGUEZ-VILLAR V, MARTÍN-MARTÍN M.*

P-149 .- EFECTIVIDAD ANALGÉSICA DE LAS INYECCIONES DE AGUA ESTÉRIL.

MIRANDA MD, AGEA I, RODRÍGUEZ V, MARTÍN M.*

P-150 .- OPTIMIZACIÓN DE LA DONACIÓN DE S.C.U (EX -ÚTERO).

MAILLO-PAREJO A, LUJAN-SOSA E, ROLDÁN-VERGARA T, MANZANO-MAURI M, HERNÁNDEZ-LISSEN-BONILLA P.

P-151 .- INTERVENCIÓN DE LA MATRONA EN EMBARAZADAS CON ASMA BRONQUIAL.

CARRERA-ROS CM, CARMONA-ROMERA AB, LOZANO-BUENO S.

P-152 .- ANÁLISIS DEL USO DE ESCOPOLAMINA BUTILBROMURO (BUSCAPINA) DURANTE EL TRABAJO DE PARTO.

GILART-CANTIZANO P, RODRÍGUEZ-VILLA S, CUTILLA-MUÑOZ AM.

P-153 .- ALTERNATIVAS ANALGÉSICAS A LA EPIDURAL.

JIMÉNEZ-RUZ A, NARANJO-ARIZA MI, HURTADO-ALGAR EM, JIMÉNEZ-LEBRÓN R.

P-154 .- ATENCIÓN SOCIO SANITARIA ANTE LA DIVERSIDAD CULTURAL EN EL PARTO.

NOGALES-MORENO AB, CARRIÓN-RUS P, LÓPEZ-MARÍN R, FRUTOS-MOLINA D, CORTINA-VICTORIA M, LLANES-SAURA A.*

P-155 .- REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: EFECTIVIDAD DE LAS ISOFLAVONAS EN EL SÍNDROME CLIMATÉLICO.

MENÁRGUEZ A, FERRANDINI M, ROMERO S, CEREZO A, GONZALEZ D, MENÁRGUEZ ME.*

Sala 2- Recién Nacido 3.

Modera: Dña. Isabel Aznar Mula. Vicepresidencia de Organización AMRM. Hospital Universitario Rafael Méndez. Lorca.

P-156 .- ACTUACIÓN DE LA MATRONA EN LA HEMORRAGIA PUERPERAL PRECOZ.

MORICHE-ROLDÁN M, ALONSO-ESCALANTE I, RAMOS-MARTÍNEZ C.

P-157 .- LACTANCIA DURANTE EL EMBARAZO Y LACTANCIA EN TÁNDEM.

REALES-FERRER E, ROMERA-DE PACO GM, SÁNCHEZ-SÁNCHEZ FC, GÓNGORA-JIMÉNEZ MV, PALOMINO-SALVADOR PA, CONESA-AGÜERA A.

P-158 .- MOTIVOS DE CONSULTA TELEFÓNICA A LA MATRONA DURANTE EL PUERPERIO.

GOL-GÓMEZ R, AMORÓS-FERRER P, PAULI-CABEZAS A, LEÓN-ORTEGA C, CASTRILLO-PÉREZ I, XIVILLE-SOLE M.

P-159 .- LA SEXUALIDAD EN LA LACTANCIA MATERNA.

CONESA-AGÜERA A, GARCÍA-GÓMEZ AM, PADILLA-CASAÚ C, REALES-FERRER E, ROMERA-DE PACO GM, SÁNCHEZ-SÁNCHEZ FC.

P-160 .- LA LECHE MATERNA PARA LA CURA DEL CORDÓN UMBILICAL.

ZAPATA-VALERA M, BURRIEZA-NUÑO MD, CARDENAS-DE COS C.

P-161 .- MÉTODO CANGURO: ABRAZAME, ALIMENTAME, AMAME.

GÓNGORA-JIMÉNEZ MV, CONESA-AGÜERA A, ROMERA-DE PACO GM, PADILLA-CASAU C, PALOMINO-SALVADOR PA.*

P-162 .- LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, EL COMIENZO DE UN PROYECTO.

PALOMINO-SALVADOR PA, CONESA-AGÜERA A, GARCÍA-GÓMEZ AM, PADILLA-CASAÚ C, REALES-FERRER E, ROMERA-DE PACO GM.*

P-163 .- EL ROL DE LA MATRONA FRENTE A "LA LECHE INSUFICIENTE".

GARCÍA-HERNÁNDEZ MC, LÓPEZ-LÓPEZ MI.*

P-165 .- MAMAR CONOCIMIENTOS DESDE LA INFANCIA.

PADILLA C, REALES E, ROMERA G, SÁNCHEZ F, GÓNGORA M, PALOMINO P.

P-166 .- PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA A TRAVÉS DEL CONTACTO PRECOZ MADRE E HIJO POST-CESÁREA.

ESPINOSA M, FERNÁNDEZ M, MOHAMED I, RAMÍREZ A, RODRÍGUEZ L, VÁZQUEZ J.*

P-167 .- EL EAL (EPISODIO APARENTEMENTE LETAL) DURANTE EL CONTACTO PIEL CON PIEL. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.

PÉREZ-SÁNCHEZ MD, GONZÁLEZ-FUENTE LJ, CASTRO-ALONSO V, ALONSO-DÍAZ-CANO AM, FERRERAS-GARCÍA M, MARTÍNEZ-FERNÁNDEZ D.*

P-168 .- NOVEDADES EN COMPONENTES BIOACTIVOS DE LA LECHE MATERNA: EL MEJOR ALIMENTO FUNCIONAL.

CONDE-PUERTAS E, MARÍN-ALONSO A, HERNÁNDEZ-HERRERIAS I, LUQUE-LÓPEZ E, MUROS-NARANJO MC.*

P-169 .- LACTANCIA MATERNA Y COLECHO.

MARTIN-MARTOS VR, RUIZ-CHUMILLA MA, ORENES-BELLIDO MA, PICÓN-CARMONA M, GARRIDO-CARREÑO R, PAGAN-MARÍN L.

P-170 .- EL VÍNCULO AFECTIVO: NO ROMPAMOS LA CADENA.

ROLDÁN A, ROÉ T, LOSADA FJ, BASTEIRO E, ARRANZ A.*

P-171 .- PAPEL DEL MISOPROSTOL EN LA HPP PRIMARIA. UNA REVISIÓN.

ROMERO-RODRÍGUEZ S, MENÁRGUEZ-LUQUE A, FERRANDINI-PRICE M, CEREZO-MUNUERA A, GONZÁLEZ-SALAS D, ROMERO-RODRÍGUEZ A.*

P-172 .- REEDUCACIÓN DEL SUELO PÉLVICO EN EL PREPARTO Y POSPARTO.

TORRES-MORENO V, MONTES-GONZÁLEZ I, ROSEAN-VILA R, BARRIENTOS-RODRÍGUEZ V.

P-173 .- ATENCIÓN A UNA MUJER PUÉRPERA CON EPISIOTOMÍA ESFACELADA TRAS PARTO INSTRUMENTADO EN CONSULTA DE LA MATRONA DE PRIMARIA.

SÁNCHEZ-TERRER ME, MARTÍNEZ-BIENVENIDO E, GÓMEZ-LÓPEZ A, POSTIGO-MOTA P.*



Sala 3- Innovación 3.

Modera: Dña. Carmen Ballesteros Meseguer. *Matrona. Máster en Enfermería. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

- P-064 .- DIFERENCIAS EN EL USO DE SULFATO DE MAGNESIO COMO NEUROPROTECTOR ANTE EL PARTO PREMATURO INMINENTE.**
CEDIEL-ALTARES C, BLAS-ROBLEDO M.
- P-065 .- PROPUESTA DE APLICACIÓN DE UN PROGRAMA PARA FOMENTAR EL VINCULO PRENATAL DESDE LA MATRONA DE ATENCIÓN PRIMARIA.**
BARCELÓ-MUÑOZ N*, GONZÁLEZ-FAJARDO A, GIMENEZ-MARTINEZ A, PAGAN-MARIN L, DÍEZ-JOVER R, ALCOLEA-LÓPEZ M.
- P-066 .- LOS BENEFICIOS DE LA MUSICOTERAPIA DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.**
PEDREÑO-LÓPEZ JA, ALCÁZAR-CONTRERAS N, PAÑOS-ZAMORA FJ, PEDREÑO-LÓPEZ JF, LÓPEZ-FUENTES J*, CONTRERAS-GIL J.
- P-067 .- LA REFLEXOLOGÍA PODAL EN LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL ESTREÑIMIENTO DE LAS GESTANTES.**
PEDREÑO-LÓPEZ JA, ALCÁZAR-CONTRERAS N, PAÑOS-ZAMORA FJ, PEDREÑO-LÓPEZ JF, LÓPEZ-FUENTES J*, CONTRERAS-GIL J.
- P-176 .- MOVILIZACIÓN PÉLVICA: FAVORECIENDO EL DESCENSO FETAL.**
GOMIS-SÁNCHEZ P, GARCÍA-PINTOR S, ORTÍZ-ZURITA A, RUIZ-VIDOY C.
- P-177 .- HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR: NUEVO HOSPITAL Y NUEVAS POSIBILIDADES.**
ROMERO-RODRÍGUEZ S*, FERRANDINI-PRICE M, MENÁRGUEZ-LUQUE A, CEREZO-MUNUERA A, GONZÁLEZ-SALAS D, ROMERO-RODRÍGUEZ A.
- P-178 .- PROPUESTA DE ACTUACIÓN PSICOSOMÁTICA PARA LA ATENCIÓN DE LOS PADRES QUE SUFREN UNA MUERTE FETAL Y SU PROCESO DE PARTO.**
PAGÁN-MARÍN L, PAGÁN-MARÍN C*, PICÓN-CARMONA M, LÓPEZ-ROSUA L, PÉREZ-YUSTE P.
- P-179 .- ALUMBRAMIENTO ACTIVO VS ALUMBRAMIENTO FISIOLÓGICO.**
MARTÍNEZ-MARTÍNEZ MI, MORENO-QUINTANA L.
- P-180 .- ACOMPAÑANDO EN EL DUELO.**
MOGÍO I, DE TENA T.
- P-181 .- DANZA ORIENTAL EN EL EMBARAZO Y PARTO.**
ECHEVARRÍA - AMADO-LORIGA P.*, CHAMIZO-MURILLO A., ALARCÓN-TORIBIO Y., MARÍ-VILLAGRASA J.
- P-182 .- CONTROL Y SEGUIMIENTO DE GESTANTES VEGETARIANAS.**
CARAVACA-BERENGUER MJ, PARDO-MARTÍNEZ N, SERRANO-GÓMEZ SM, DEL ARCO-RAMOS P, OSETE-BAÑOS S, CARAVACA-BERENGUER AM.
- P-183 .- EL MÉTODO PILATES EN EL EMBARAZO.**
FERIA-RAMÍREZ MC*, GARCÍA-LIGERO IC.
- P-184 .- ANISAKIS: REPERCUSIONES EN EL EMBARAZO Y CONSEJOS DIETÉTICOS PARA EVITAR LA INFECCIÓN POR EL PARÁSITO.**
SÁNCHEZ P*, FERNÁNDEZ E, GÁLVEZ B, PALOMO R.
- P-185 .- LA SOCIALIZACIÓN DE LA NATURALEZA: A PROPÓSITO DE LA REPRODUCCIÓN HUMANA.**
MENÁRGUEZ A, ROMERO S, FERRANDINI M, CEREZO A, GONZÁLEZ D.
- P-186 .- SULFATO DE MAGNESIO: NEUROPROTECCIÓN EN PREMATUROS.**
SERRANO-GÓMEZ SM, PARDO-MARTÍNEZ N, CARAVACA-BERENGUER MJ, DEL ARCO-RAMOS P, OSETE-BAÑOS S, PARDO-MARTÍNEZ A.
- P-187 .- SULFATO DE MAGNESIO Y PREVENCIÓN DEL DAÑO CEREBRAL EN PREMATUROS.**
GARRIDO-CARREÑO R*, MORILLAS-GUIJARRO D, PICÓN-CARMONA M, ORENES-BELLIDO MA, MARTÍN-MARTOS V, RUIZ-CHUMILLA MA.
- P-188 .- INCOMPATIBILIDAD RH, ERITROBLASTOSIS FETAL Y ADMINISTRACIÓN DE INMUNOGLOBULINA ANTI-D EN EL EMBARAZO.**
RUIZ-CHUMILLA M*, MARTÍN-MARTOS V, ORENES-BELLIDO M, PICÓN-CARMONA M, GARRIDO-CARREÑO R, PAGÁN-MARÍN C.

Sala 4- Miscelanea 5.

Modera: Dña. Verónica Soto Herrero. *Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

- P-189 .- ARANDANOS PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES URINARIAS EN EMBARAZADAS.**
PÉREZ ESPARZA-TORRES L, REYES-JIMÉNEZ S, RUÍZ-GÓMEZ E, SÁNCHEZ-HERRERA S.
- P-190 .- TU BOCA TAMBIEN ES IMPORTANTE.**
RAMÍREZ-PELÁEZ H, SESMERO-GAMBÍN MC, MAJÓN-SESMERO C, GONZÁLEZ -MUÑOZ E.
- P-191 .- EL COLECHO: UNA PRÁCTICA SEGURA Y BENEFICIOSA.**
RUÍZ MJ, LÓPEZ D, ROMEU M*, MARTÍNEZ N, FERNÁNDEZ J, PALOMO R.
- P-192 .- ACTUACIÓN DE LA MATRONA EN EL USO DE LA MOXIBUSTIÓN Y MANEJO POSTURAL COMO TERAPIAS ALTERNATIVAS A LA VERSIÓN EXTERNA.**
JIMÉNEZ R*, DÍAZ D, GÁLVEZ C.
- P-193 .- SEXUALIDAD PERICONCEPCIONAL, GESTACIONAL Y POSTNATAL.**
GAVILÁN-DÍAZ M, GALLEGU-MOLINA J, PÉREZ-CABALLERO A, HERNÁNDEZ-RABAL M, VÁZQUEZ-SÁNCHEZ M, PALOMO-GÓMEZ R.
- P-194 .- INTERVENCIONES AFECTIVO-SEXUALES EN LOS INSTITUTOS A PROPOSITO DE UN TALLER: "ROMBO DE PRIORIDADES".**
FERNANDEZ-SUSO MV,*, MARCH-JARDI G, RAMÍREZ-ROMERO M, PINTO-REINA T, MORENO-RUIZ G, BAYARRI-FERNÁNDEZ MJ.
- P-195 .- PROLAPSO DE CORDÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO.**
TEJERO-REYES N*, CHAMIZO-MURILLO A, TEJERO-REYES N.
- P-196.- AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA.**
NAVARRO-TOLOSA MJ*, BORRÁS-BENTANACHS E, ROIG-GARCÍA C, MITJANS-MONTOLIU E.
- P-197 .- SITUACIÓN ACTUAL DE LA MUJER EN LA SOCIEDAD ESPAÑOLA.**
SÁNCHEZ-ALIAS ME, MORIANA-LÓPEZ MB, MARTÍNEZ-GARCÍA E, GARCÍA-DA SILVA AB, ÁVILA-CUADROS E, SANTOS-GARCÍA A.
- P-198 .- ROTURA PRMATURA DE MEMBRANAS: EXPECTACIÓN O MANEJO ACTIVO.**
RODRÍGUEZ-VILLAR V, MARTÍN-MARTÍN M, MIRANDA-MORENO MD, AGEA-CANO I.
- P-199 .- EXPERIENCIA DE LAS MATRONAS EN LA IMPARTICIÓN DE UN TALLER DE EDUCACIÓN SEXUALIDAD A DISCAPACITADOS PSÍQUICOS.**
RODRÍGUEZ-DÍAZ L, VÁZQUEZ-LARA JM, CARRILLO-VEGA E, MUÑOZ-VELA FJ, VÁZQUEZ-LARA MD, FERNÁNDEZ-CARRASCO FJ.
- P-200 .- CRIBADO DE CANCER DE CUELLO UTERINO EN EL ASSIR BAGES.**
RAMOS-RASTRERO MC, RIBA-TRAVÉ MT, CODINA-PONS R, PASCUAL-ARGUEDAS A, VILASECA-GRANÉ A.
- P-201 .- LA MATRONA Y EL TRABAJO INTERSECTORIAL EN EL MEDIO RURAL.**
JURADO-GARCIA E, BAENA-ANTEQUERA F, RUÍZ-FERRON C.



P-202 .- MÉTODOS DE ESTIMULACIÓN FETAL EN RCTG NO REACTIVOS. EVIDENCIA CIENTÍFICA.

HURTADO C, RETAMA S, DEL POZO L, FERNÁNDEZ A.

P-203 .- PROTECCIÓN DEL PERINÉ: "HANDS ON" VS "HANDS OFF".

PALACIOS-ANDRÉS L*, CASTRO-PRADO C, REPULLO-CARMONA B.

P-204 .- ALTERNATIVAS PARA LA VALORACIÓN DE LA DILATACIÓN CERVICAL.

CAMPOS-MARTÍNEZ A*, CAMACHO-ÁVILA M, MÍNGUEZ-ANDREU G, HERNÁNDEZ SÁNCHEZ E.

17'30 h **Sesión Plenaria 4: "Innovando en la práctica diaria".**

Modera:

Dña. Magina Blázquez Pedrero. Directora General de Asistencia Sanitaria. Servicio Murciano de Salud.

Intervienen:

- **"Embarazo normal: acompañamiento versus control".** Dña. Margalida Alomar Castell. Matrona. Centro de Salud Can Pastilla. Palma de Mallorca. Vicepresidenta de la Asociación Balear de Comares.
- **"Gestión y organización de los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva."** Dña. Dolors Costa Sampere. Coordinación de Atención Maternoinfantil y de la Atención a la Salud Sexual y Reproductiva en Cataluña. Instituto Catalán de la Salud. Barcelona.
- **"Ecografía para matronas".** Dña. Lucy Ellis. Matrona de Primaria y Comunitaria. Matrona Especialista en Ecografía. Londres.
- **"Las matronas y la investigación".** Dña. Gloria Seguranyes Guillot. Profesora Titular. Unidad Docente Matronas Cataluña. Escuela de Enfermería. Universidad de Barcelona.

19'00 h **Defensa de Póster 4**

Sala Plenaria- Nacimiento 3.

Modera: Dña. Natalia Rodríguez Portilla. Matrona. Máster en Antropología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

P-205 .- LA MATRONA, PILAR BÁSICO EN LA ATENCIÓN AL PARTO MULTICULTURAL.

BUENO-MONTERO E*, FERNÁNDEZ-ZÁRATE M.

P-206 .- OXIDO NITROSO, UNA OPCIÓN MÁS EN LA ANALGESIA DEL TRABAJO DE PARTO DESDE 1970.

ROQUE-MARTÍNEZ MC*, MOYA-COBOS A, REYES-MORILLAS M.

P-207 .- LAS COMPLICACIONES OBSTETRICAS DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA.

CRUZ S, CARTES A, GENTIL P, MARTÍN R, MORICHE M, MASERA M.

P-208 .- INYECCION DE AGUA ESTERIL EN EL ROMBO DE MICHAELIS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO.

LLATAS M.J, BAZAGA P, CARNICER M*, RENEDO N, BONELL J, ZORNOZA E.

P-209 .- POR UN PARTO EN MOVIMIENTO.

LLORENS C, CASADO M, MONTSERRAT N.

P-210 .- INGESTIÓN DE LÍQUIDOS Y SÓLIDOS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO.

HURTADO M*, JIMÉNEZ R, JIMÉNEZ A, NARANJO MI.

P-211 .- MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS PARA EL ALIVIO DEL DOLOR DURANTE LA PRIMERA ETAPA DEL PARTO.

COLLELL-PONS E*, PÉREZ-MELERO R, JIMÉNEZ-GONZÁLEZ MO, CANTIZANO-DÍAZ A.

P-212 .- LA FISIOLÓGIA DEL PARTO: LA GRAN OLVIDADA.

CAMACHO-ÁVILA M*, RODRÍGUEZ-VILLA S, BECERRA-GONZÁLEZ A.

P-213 .- MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS VS ANALGESIA EPIDURAL EN EL ALIVIO DEL DOLOR DE PARTO.

LÓPEZ-MARÍN R*, FRUTOS-MOLINA D, LLANES-SAURA A, CORTINA-VICTORIA M, NOGALES-MORENO AB, CARRIÓN-RUS P.

Sala 1- Competencias 3.

Modera: Dña. M^a Dolores Nicolás Viguera. Matrona. Máster en Antropología. Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena. Unidad Docente de Matronas. Universidad de Murcia – SMS.

P-217 .- ASESORAMIENTO DE LA MATRONA ANTE UNA GESTACIÓN NO DESEADA.

TARRÉS-ROVIRA J, DIEZ-CANO R, PUJOL-VILA M, LASO-COZAR J, MORENO-IGLESIAS R, TRUJILLO-PINTOR I.

P-218 .- VIOLENCIA DE GÉNERO Y EMBARAZO. PAPEL DE LA MATRONA.

MORENO-IGLESIAS R, LASO-COZAR J, TARRÉS-ROVIRA J, DIEZ-CANO R, TORRES-MORENO V.

P-219 .- ACTITUD DE LA MATRONA ANTE PATOLOGÍAS PODOLÓGICAS EN EL EMBARAZO.

OSETE-BAÑOS S*, DEL ARCO-RAMOS P, PARDO-MARTÍNEZ N, SERRANO-GÓMEZ S, CARAVACA-BERENGUER MJ, SÁNCHEZ-SÁNCHEZ FC.

P-220 .- PROTECCIÓN DE LA MATERNIDAD EN EL ENTORNO LABORAL. REVISIÓN Y CRÍTICA.

BERMÚDEZ-RUIZ MI*, OLMO-NAVARRO JE, LOZANO-MARTÍNEZ D.

P-221 .- ELABORACIÓN DE UN TRÍPTICO: EL EJERCICIO EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.

FERIA-RAMÍREZ MC*, GARCÍA-LIGERO IC.

P-222 .- UNIFICACIÓN DE CRITERIOS PARA LA PREVENCIÓN DE LA TOXOPLASMOSIS. TRABAJANDO POR LA IDENTIDAD DE LA PROFESIÓN.

FERRANDINI-PRICE M*, ROMERO-RODRÍGUEZ S, MENÁRGUEZ-LUQUE A, CEREZO-MUNUERA A, GONZÁLEZ-SALAS D, ROMERO-RODRÍGUEZ A.

P-223 .- PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA ANTE LA MUERTE NEONATAL. LA MATRONA COMO PROFESIONAL CLAVE.

FERRANDINI-PRICE M*, MENÁRGUEZ-LUQUE A, ROMERO-RODRÍGUEZ S, CEREZO-MUNUERA A, GONZÁLEZ-SALAS D, ROMERO-RODRÍGUEZ A.

Sala 2- Recién Nacido 4.

Modera: Dña. Carmen Martínez Rojo. Matrona. Máster en Antropología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. Unidad Docente de Matronas. Universidad de Murcia – SMS.

P-224 .- BACTERIURIA EN EL PUERPERIO INMEDIATO: FACTORES QUE INFLUYEN EN SU APARICIÓN.

OLMO-GARCÍA G, REYES-JIMENEZ S*, APARICIO-ORDOÑEZ I, SÁNCHEZ-MATEOS C, OLMO-GARCÍA M, NAVARRO-MUÑOZ F.



- P-225 .- INFLUENCIA DEL PARTO MEDIANTE CESAREA VS VAGINAL EN RELACION A LA LACTANCIA MATERNA PRECOZ.**
 MARTÍN-MARTOS VR, RUIZ-CHUMILLA MA, ORENES-BELLIDO MA, PICON-CARMONA M, PAGAN-MARÍN C, GARRIDO-CARREÑO R.
- P-226 .- ABCESO MAMARIO: A PROPOSITO DE UN CASO.**
 MARTÍNEZ-BIENVENIDO E*, SÁNCHEZ-TERRE ME, POSTIGO-MOTA F, GÓMEZ-LÓPEZ A.
- P-227 .- CONTACTO PIEL CON PIEL :REVISION DE LAS EVIDENCIAS CIENTIFICAS.**
 LOZANO-MARTÍNEZ D, BERMÚDEZ-RUIZ MI, OLMO-NAVARRO JE.
- P-228 .- DEPRESIÓN PUERPERAL: FACTORES DE RIESGO EN NUESTRO ENTORNO.**
 PARDO-MARTÍNEZ N*, CARAVACA-BERENGUER MJ, SERRANO-GÓMEZ SM, DEL ARCO-RAMOS P, OSETE-BAÑOS S, SEGUNDO-ORTÍN MV.
- P-230 .- RELACTACIÓN: UNA SEGUNDA OPORTUNIDAD.**
 JEAN-PAUL-ROMERO S*, RODRÍGUEZ-BLANCO A, SISTO-ALCONCHEL B, GILART-CANTIZANO P, MOLINA-MADUEÑO R, MARTÍN-CARABALLO Y.
- P-231 .- APOYO A LA LACTANCIA EN LA POBLACIÓN ASISTIDA EN LOS HOSPITALES.**
 GRACIA-HERMOSO M, MÉRIDA-YÁÑEZ B, MARTÍN-RUIZ I, GILART-CANTIZANO P.
- P-232 .- ATONIA UTERINA TRAS PARTO GEMELAR A PROPÓSITO DE UN CASO.**
 VELÁZQUEZ-MARIN J, SÁNCHEZ-CÁNOVAS S, GOMARIZ-SANDOVAL MJ, SÁNCHEZ-GARCÍA MJ.
- P-233 .- MASTITIS, ETIOLOGÍA Y TRATAMIENTO CON PROBIÓTICOS.**
 GARCÍA-VELÁRDEZ E*, SAYAGO-ÁLVAREZ ME, RAMIRO-FIGUEROA MJ, DURÁN-VENERA R, PIÑERO-NAVERO S.

19'00 h **Sala 3- Miscelanea 6.**

Moderan:

Dña. M^a Dolores Molina Ruano. Vicepresidenta de Gestión/Tesorería. AMRM. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

- P-234 .- EFECTOS DEL EMBARAZO EN DEPORTISTAS DE COMPETICIÓN.**
 OLIVA-PÉREZ J, MORILLAS-GUIJARRO D, JIMÉNEZ-JAÉN F, DEL ARCO-RAMOS P, ARCE-MAURE C.
- P-235 .- CHUPETE: ¿SÍ O NO?.**
 RODRÍGUEZ-BLANCO A, SISTO-ALCONCHEL B, JEAN-PAUL-ROMERO S, GILART-CANTIZANO P.
- P-236 .- ESFERODINAMIA EN LA GESTACIÓN Y LOS PRODRAMOS DE PARTO.**
 GARCÍA-HERMOSO M, MARTÍN-RUIZ MI, GILART-CANTIZANO P, SISTO-ALCONCHEL B, MÉRIDA-YAÑEZ B, JEAN PAUL-ROMERO S.
- P-237 .- RECOMENDACIONES NUTRICIONALES EN LA EMBARAZADA.**
 GRACIA-HERMOSO M, MÉRIDA-YÁÑEZ B, GILART-CANTIZANO P, MARTÍN-RUIZ I.
- P-238 .- TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION EN LA INFANCIA: FUMADORES PASIVOS.**
 JEAN PAUL-ROMERO S*, MOLINA-MADUEÑO R, RODRÍGUEZ-BLANCO A, SISTO-ALCONCHEL B, MARTÍN-CARABALLO Y, BUYTRAGO-PALOMINO S.
- P-239 .- EFECTOS EN LA SALUD DE LA PRIMERA INFANCIA RELACIONADOS CON EL PARTO INDUCIDO.**
 PATIÑO M*, GARRIDO R.
- P-240 .- EXPERIENCIA DE TRES AÑOS EN LA COLOCACIÓN DE IMPLANTES SUBCUTANEO ANTICONCEPTIVOS.**
 ESPINACO-GARRIDO MJ, ROMAN-OLIVER J, ESPINACO-GARRIDO P, MARTÍN-MOCHALES E, LARA-MONTERO AM.
- P-241 .- ESTUDIO SOBRE LA ALIMENTACIÓN DE LAS GESTANTES EN NUESTRO ENTORNO.**
 GASSOL MN, CABRERIZO P, TORRUELLA I, MOVELLAN M, ORTEGA C.
- P-242 .- REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA EN LA MUJER EMBARAZADA.**
 MAYORAL-CÉSAR V *, CASADO-FERNÁNDEZ L. EVA, GARRIDO-LÓPEZ M, LUQUE-LEÓN M.

22'00 h **Cena del Congreso. Hotel Silken Siete Coronas.**

Viernes 9 de noviembre de 2012

09'30 h **Mesa de Comunicaciones Póster seleccionadas a Premio.**

Modera: Dña. Ana Belén Mayor Martín. Presidenta del Comité Organizador.

- P-243 .- DE GRANADA A NIGERIA; EXPERIENCIA DE UNA MATRONA EN COOPERACION INTERNACIONAL.**
 CORRAL-SEGADE ME, RIVAS-CASTILLO MT, PACHECO-ADAMUZ MJ.
- P-244 .- DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO PARTOGRAMA: PROPUESTA DE MEJORA.**
 PULIDO-SOTO A*, FERNÁNDEZ-VALERO MJ, ROSALES-CHAMORRO MM.
- P-245 .- ABORDAJE DEL TABAQUISMO DURANTE EL PUERPERIO: LA LACTANCIA MATERNA Y LAS TERAPIAS REEMPLAZAMIENTO NICOTINICO.**
 MORENO-BARRIENTOS M, DIAZ-CHANTAR JI, CABELLO-ALCALÁ P.
- P-246 .- ESTADISTICA EN LA ATENCIÓN AL PARTO NORMAL EN EL AREA DE SALUD 2 DE LA REGIÓN DE MURCIA.**
 SEGUNDO-ORTÍN MV, MOREO-HERNÁNDEZ AB, ÁLVAREZ-SÁNCHEZ EM, NAVARRO-RUIZ I, MARTÍNEZ-MARTÍNEZ E, TONDA-MENA I.
- P-247 .- PRESENCIA DE LA MATRONA EN LA PLANTA DE OBSTETRICIA Y PUERPERIO.**
 AMADOR L*, BARAJAS C, FERREIRO C, GARCÍA MJ, GARCÍA E, LORENZO R.
- P-248 .- ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS GESTANTES CON INTENCIÓN DE PARTO NATURAL ATENDIDAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.**
 LUNA-GARCÍA R, GARCÍA-LÓPEZ L, MARTÍ-SOLÉ N, GARCÍA-VICUÑA M, ROLDÁN-MERINO J.
- P-249 .- VARIABILIDAD EN LA PRACTICA DE EPISIOTOMÍA ENTRE MATRONAS Y SU IMPACTO SOBRE DESGARROS PERINEALES Y MORBILIDAD NEONATAL.**
 HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ A, BAÑO-GARNES AB*, MELERO-JIMÉNEZ MR.
- P-250 .- FACTORES RELACIONADOS CON LA PERCEPCIÓN MATERNA DE CONTROL DURANTE EL PARTO.**
 CUENCA-CALABUIG C *, SANTAMARÍA-CASTAÑER JI, MOTILLA-NOGUERÓN R, RICHART-MARTÍNEZ M, OLIVER-ROIG A.



10'30 h

Mesa de Comunicaciones Orales seleccionadas a Premio.

Modera: Dña. Ángeles Castaño Molina. Presidenta Asociación de Matronas de la Región de Murcia

O-113 .- VIVENCIA DE LA MATERNIDAD EN MUJERES LESBIANAS.

GARCÍA DÍAZ MJ, GARCÍA TRABAJO E, AMADOR MULERO L, FONTÁN AZPEITIA M, BARAJAS DE SANTIAGO C, FERREIRO GARCÍA C.*

O-114 .- VIVENCIA DE LA LACTANCIA PROLONGADA EN LA SOCIEDAD ACTUAL.

MARTÍNEZ T, CRESPO I, GUANTES C, MIGUEL R, MUÑOZ L, SANCHO P.*

O-115 .- LA MATRONA VS OTROS PROFESIONALES COMO EDUCADORES PARA LA SALUD DURANTE EL EMBARAZO.

MARTÍNEZ-LEÓN J, MARTÍNEZ-GALIANO JM, NARVÁEZ-TRAVERSO A, CAMBIL-LEDESMA A, BLANCO-MONEDERO MJ, DELGADO-RODRÍGUEZ M.

O-116 .- EFECTO DE APLICACIÓN DEL MÉTODO DE PREPARACIÓN AL PARTO AIPAP, “ACONDICIONAMIENTO INTEGRAL Y PELVICO EN EL AGUA”, EN LA FINALIZACIÓN DEL PARTO.

JIMÉNEZ-JAEN F.

O-117 .- VIVENCIA DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO DE LA MUJER PAKISTANÍ EN NUESTRO MEDIO.

CASILLAS-BARRAGÁN B, CUENCA-DIEZ B, PRIETO-ÁLVAREZ P, ESPART-HERRERO L, NAVARRO-GUTIÉRREZ T, GAVIN-GUTIÉRREZ L.*

O-118 .- INDUCCION DE LA LACTANCIA MATERNA EN UNA ADOPCIÓN.

SERRANO-RAYA L.

O-119 .- EFECTO DE LA DURACIÓN DEL EXPULSIVO SOBRE LA MORBILIDAD NEONATAL.

BAÑO-GARNES AB, HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ A, MELERO-JIMÉNEZ MR.*

O-120 .- CÓMO INTERPRETAN LAS MATRONAS SU PROFESIÓN Y LA RELACIÓN ASISTENCIAL CON LAS GESTANTES.

BANÚS MR, GOBERNA J, PALACIO A, CEÑA B, DURAN F.

12'00 h

Conferencia de Clausura “Liderando el cambio”. D. Faus Olmos Grau. Formador y Coach. Socio Director de Espiral, Formación y Coaching.

Presenta: Dña. Natividad Astrain Elizalde. Presidenta de FAME

13'00 h

Clausura del Congreso: Conclusiones y Entrega de Premios.



CONFERENCIAS Y PONENCIAS



Conferencia Inaugural.	34
GENERANDO "CIUDADANÍA" EN EL XXI.	35
<i>Dra. Dña. Isabel Aler Gay.</i>	
Sesión Plenaria 1:	41
El nacimiento: cubrir necesidades conociendo expectativas.	
EMOCIONES DE LA MUJER Y SU PAREJA EN LA ATENCIÓN PERINATAL.	42
<i>Dr. D. José Arnau Sánchez.</i>	
LA PATERNIDAD: NUEVOS RETOS PARA LA MASCULINIDAD.	44
<i>Dra. Dña. Yolanda Gallardo Díez.</i>	
EL DERECHO DE LA MUJER A DECIDIR SOBRE EL PARTO COMO EJE DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA Y DE LA DIMENSIÓN FAMILIAR DE LA MATERNIDAD.	49
<i>Dr. D. José Ramón Salcedo Hernández.</i>	
Sesión Plenaria 2:	53
Matronas con competencias y mujeres competentes.	
MUJERES COMPETENTES.	54
<i>Dña. Francisca Fernández Guillén.</i>	
EL CONFLICTO ENTRE LAS COMPETENCIAS DE LOS PROFESIONALES Y LA LIBERTAD DE DECISIÓN DE LAS MUJERES.	57
<i>Dr. D. José Manuel Hernández Garre.</i>	
CAMINANDO, CAYENDO, LEVANTANDO, AVANZANDO.	63
<i>Dra. Dña. Ma Ángeles Castaño Molina.</i>	
Sesión Plenaria 3:	66
Recuperando los 11 meses lunares.	
ESTABLECIMIENTO DEL VÍNCULO Y RELACIÓN DE APEGO EN EL RECIÉN NACIDO.	67
<i>D. Adolfo Gómez Papí.</i>	
REFLEXIONES SOBRE UN PUERPERIO SEXUALMENTE SANO.	74
<i>Dña. Alicia Martínez Martínez.</i>	
CON-CIENCIA Y CON-TACTO.	76
<i>Dña. Rita Griesche.</i>	



LA PSICOANALGESIA MATERNO-FETAL Y SU APLICACIÓN AL PROCESO DE NACIMIENTO.	82
<i>Dña. M^a Ángeles Fernández Martínez.</i>	
Sesión Plenaria 4:	88
Innovando en la práctica diaria.	
EMBARAZO NORMAL: ACOMPAÑAMIENTO VERSUS CONTROL.	89
<i>Dña. Margalida Alomar Castell.</i>	
ECOGRAFÍA PARA MATRONAS.	92
<i>Dña. Lucy Ellis.</i>	
Conferencia de Clausura.	97
LIDERANDO EL CAMBIO.	98
<i>D. Faus Olmos.</i>	



Conferencia Inaugural



GENERANDO "CUIDADANÍA" EN EL XXI: SOCIOLOGÍA, GÉNERO Y CUIDADOS.

ISABEL ALER GAY

DOCTORA EN SOCIOLOGÍA. PROFESORA TITULAR DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA.

Somos cada vez más conscientes de que hay que cuidar la vida del planeta, con esmero, con tanta urgencia como paciencia, con dedicación expresa y continua en todos los escenarios posibles, desde la vida social cotidiana hasta las altas esferas, que nuestra especie tiene que cuidar de sí misma, y que ello significa ir afrontando las contradicciones entre lo que deseamos, necesitamos, pensamos, sentimos y hacemos social y culturalmente con nuestra condición *humanimal*¹; son contradicciones en las que nuestras relaciones sociales cotidianas se hallan atrapadas de tal forma que nos conducen a descuidar la *interdependencia humana* en los diferentes sentidos y órdenes en que se manifiesta, como la seguimos descuidando en términos globales a pesar de las crecientes alternativas para virar la dirección secular de un liderazgo antropocéntrico y androcéntrico en catástrofes sin precedentes. Sabemos que siguen siendo los seres vivos que ocupan las posiciones relacionales y cíclicas vitalmente más vulnerables quienes más padecen las consecuencias negativas de ello, pero que en un sentido u otro ya nadie se libra del todo, que cuidarnos como especie implica cuidar de nuestra casa grande y nuestra casa chica, que la tierra y el cuerpo son entidades interdependientes, hábitats de una vida que heredamos y dejamos como herencia en forma de variadas frutas, semillas y cenizas que podrán o no retroalimentar la vida si cuidamos y no destruimos su ciclo constitutivo.

La tierra es el planeta en que vivimos gracias a la placenta que la envuelve permanentemente desde que posibilitó su origen, a través de la cual recibimos el alimento energético primordial que nos preserva como vida, que nos permite seguir viviendo en el cosmos del que participamos infinitesimalmente. Sabemos que nuestro cuerpo ya no es la entidad independiente que nos han enseñado a percibir de forma jerarquizada, sabemos que cuando nos referimos al entorno medioambiental, que es cósmico, planetario, social y cultural diacrónica y sincrónicamente, ya no tenemos que seguir experimentándolo como algo exterior y discontinuo de la integridad de nuestra conciencia corporal que abarca, entre luces y sombras, nuestro cuerpo físico, mental, emocional, social, y espiritual. Sabemos que la creencia en la agencia de un individuo humano independiente como idea motora central en la evolución histórica de las sociedades avanzadas, es un invento

¹ Aler, I. (2011): La perspectiva de género, social y personal de la maternidad. *Matronas Profesión* 12 (1): 28-30



moderno obsoleto para afrontar hoy los graves problemas que padecemos, porque esa creencia nos ha llevado a ser socializados y comportarnos como si fuéramos realmente independientes sin serlo, y nos está llevando hacia un proactivo genocidio progresivo o si se prefiere, a un inducido suicidio colectivo.

Hoy también sabemos que el sustantivo y el calificativo de las graves circunstancias históricas que estamos viviendo, coinciden en un mismo sujeto y predicado porque se trata de una crisis **de cuidado** en el modelo hegemónico reproductivo de criaturas, de bienes y de servicios, en cantidad y calidad desconocidas hasta ahora, en este repliegue del tiempo histórico en que la amenaza de la supervivencia colectiva nos lleva a replantearnos los fundamentos olvidados de lo humano. **Los cuidados descuidados son la gran encrucijada humana actual.** Sabemos sociológicamente que el modo de relacionarnos en lo económico configura culturalmente no sólo nuestro modelo de producir bienes y objetos de consumo, sino también nuestro modo de reproducir sujetos, es decir, subjetividades inmersas en relaciones intersubjetivas de cuidado o de maltrato, que condicionan el desarrollo de nuestras percepciones, conocimientos, creencias, emociones, anhelos, acciones y hechos sociales². Es una crisis de cuidado por la enorme brecha producida en los cuidados que hemos descuidado al maltratar nuestra interdependencia humana básica a ritmo del desarrollo de un modelo económico que se ha ido haciendo hegemónico globalmente con la promoción progresiva del beneficio individual ilimitado, liderado y emulado por individuos supuestamente independientes, a costa del grave malestar colectivo de dimensiones planetarias del que ya no podemos dejar de tener conciencia porque acecha nuestra posibilidad y calidad de vida, y que en la actualidad está arruinando los frágiles esquejes que con mucho trabajo y valientes luchas sociales y sindicales han ido implantándose en los comparativamente privilegiados Estados de Bienestar de los países europeos a lo largo del la segunda mitad del siglo XX³.

Es el gran debate pendiente para el siglo XXI, los cuidados que los seres humanos nos dotamos y nos donamos como especie viva al cuidar de nuestra humanidad, o más claramente dicho, al cuidar de la **humanimalidad** que caracteriza la evolución de nuestra especie. Y para que así sea tenemos quienes aquí estamos una específica responsabilidad profesional en ello, personal y colectiva, ante la indiferencia general mostrada por las élites

² Ibañez, J (1997). *Por una sociología de la vida cotidiana*. Madrid: SXXI.

³ De Villota, P. (2008): *Políticas públicas de conciliación de la vida familiar y profesional en la UE*. Madrid: Síntesis



en las altas esferas de decisión política, que siguen ocupadas en la protección de las ganancias financieras y acumulación de poder individual y corporativo por parte de quienes más tienen, a costa del empobrecimiento de los otros, una mayoría que siente agudizarse los riesgos de vulnerabilidad, élites ocupadas en la organización política y el imaginario cultural que pretende justificar la prioridad de la libertad en la consecución del beneficio individual a costa del cuidado del bienestar colectivo. Y sin embargo, en la vida social cotidiana, la ciudadanía sigue en gran parte aturdida y perpleja ante las consecuencias cada vez más destructivas para más personas en más ámbitos de la vida social, y en parte cada vez más indignada va generando alternativas ante tanto desahucio, en una crisis que está desnudando la retórica artificial, los datos y argumentos que han falseado la justificación de una política económica y cultural que está arruinando la vida de las amplias clases trabajadoras que han sido el motor de un modelo reproductivo de vida insostenible. Un modelo hegemónico reproductivo insostenible de cuya ingeniería política y económica las mujeres hemos sido expulsadas como género, pero encargadas de mantenerlo como ciudadanas tardías y vicarias a través del trabajo de cuidado cotidiano de la vida⁴, un trabajo considerado improductivo desde los albores de los tiempos modernos, y realizado en condiciones de máxima vulnerabilidad social y económica. Y así nos va a todos, porque no puede ir bien un modelo de sociedad globalizada en el que quienes cuidan de la vulnerabilidad humana, condición tan ordinaria como extraordinaria en nuestra especie, sean quienes ocupen las posiciones socioeconómicas y culturales más vulnerables precisamente por hacerlo. La vulnerabilidad humana es indisociable de nuestra interdependencia, y somos más vulnerables como especie y género cuando la descuidamos porque vulneramos nuestra condición humanimal radicalmente interdependiente. Y en la génesis, diagnóstico y tratamiento de esta crisis de financiación pero también de liquidación de un modelo reproductivo de vida insostenible, las mujeres como cuidadoras de quienes las descuidan son las que genéricamente más estamos pagando los platos rotos, aún habiéndonos implicado, por el contrario, en la desgarradora experiencia de resistirnos a la fragmentación social cotidiana impuesta patriarcalmente, y lo estamos pagando más caro junto con la población más joven, la más mayor y la más enferma sobre todo de los grupos sociales más precarios económicamente, que van engrosando sus filas en progresión ascendente.

⁴ Carrasco, C.; Borderías, C.; Torns, T. (2011): *El trabajo de cuidados*. Madrid: Catarata.



Y así llegamos al corazón de la encrucijada que constituyen los cuidados en el siglo XXI⁵, el mantra más ecuánime pero más frustrante, la brecha más inquietante en las narraciones sobre el desamor desde el comienzo y a lo largo y ancho de la vida, el de la corresponsabilidad de género entre hombres y mujeres en los cuidados, por esa mezcla insistentemente contradictoria entre la letanía del dicho y la lejanía del hecho, por esa insistencia políticamente correcta en su necesidad y justicia y por esa incómoda evidencia sociológica sobre su resistencia y asimetría. Porque si nos acercamos a ese densísimo agujero negro en el espacio social, escurridizamente oculto, nos encontramos con que quienes se dedican familiar, doméstica o profesionalmente, de forma mayoritaria e intensiva a los cuidados de otros, son mujeres. Y la inmensa mayoría de ellas son madres. Y sabemos que la inmensa mayoría de las mujeres y madres que se dedican al trabajo de cuidar la vida, de todas las personas vivas en diferentes momentos de su ciclo vital, precisamente por cuidar de su vulnerabilidad llegan ocupar las posiciones socioeconómicas y culturales más vulnerables

Así pues hay que poner los cuidados en el centro del debate social, seguir y volver a replantearnos cuestiones fundamentales que nos tocan tan de cerca cívica, profesional y familiarmente, especialmente a quienes estamos en este encuentro, una gran mayoría de mujeres cuidadoras junto a una minoría de hombres que se han ido incorporado a un ámbito que necesita y carece de la corresponsabilidad de género entre hombres y mujeres más que ningún otro, porque afecta a los cuidados de las relaciones humanas desde el momento en que éstas se conciben, se gestan, y se dan a luz en la matriz de la vida biológica, social y cultural⁶. Pero para entender la falta de implicación masculina en los cuidados de la vida humana desde sus orígenes, como tendencia general persistente, así como el estrés con el que las mujeres continúan trabajando cuidando de la vulnerabilidad de los otros en su mayor parte con doble presencia en el continuo social doméstico-familiar y profesional-comunitario, como causas y consecuencias reproductivas de la crisis actual que se retroalimentan, hemos de volver a plantearnos a la luz de los tiempos que corren en contra de los cuidados y de las cuidadoras, acerca de la relación que media entre maternidades, cuidados, y paternidades, entre la distribución sexual del trabajo y el reparto de la carga global del trabajo reproductivo de criaturas, bienes y servicios, y

⁵Tobío, C.; Agulló, M^a. S.; Gómez, V.; Martín Palomo, T. (2010). *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI*. Barcelona: Colección Estudios Sociales Núm. 28, Fundación "la Caixa"

⁶ Aler, I. (2006): *La transformación de la maternidad en la sociedad española. Otra visión sociológica*. Disponible en www.centrodeestudiosandaluces.org; documentos de trabajo 2006/2.



asimismo preguntarnos y dar nombre a la contribución de las diversas corporalidades y temporalidades⁷ implicadas.

¿Qué es cuidar?, ¿En qué condiciones cuidan, son cuidados, y se autocuidan las personas?, ¿Quién/es cuidan de quién/es? ¿Cómo se llega a descuidar a quienes cuidan, y cómo a legitimarlo? ¿Cómo se puede cuidar descuidándose? ¿Qué modelo de cuidados se transmite si quienes cuidan a otros se *autodescuidan* y no reciben equitativamente los cuidados que necesitan? ¿Qué puede esperarse de un modelo que descuida y maltrata a quienes cuidan? ¿Hasta qué punto es explicable sociológicamente que del territorio del trabajo de cuidados no remunerado emigren las personas hacia el trabajo de cuidados remunerado, y quienes puedan evitarlo lo hagan de ambos? ¿En qué circunstancias descuidar equivale a maltratar? ¿Cómo hacer que los cuidados de la vida sea un trabajo de todos y todas, y que su reparto más específico sea en condiciones biológicas, sociales y culturales equitativas tanto en el ámbito familiar como en lo profesional? Si aceptamos que cuidar es tratar bien, atendiendo equilibradamente las necesidades y demandas materiales, emocionales y morales de alguien, cuando se descuida por desconocimiento, desinterés o explotación, se maltrata por activa o pasiva, aunque no haya intención, ni sea visible ni haya interés en observarlo.

Es una de las lecciones más claras de la sociología: las consecuencias no queridas, ni intencionales ni deseables de la acción social no son por ello menos reales ni dañinas, pues las relaciones sociales se dan entre individuos interdependientes, y así son las consecuencias de sus relaciones sociales, aunque los individuos se relacionen con la pretensión o la creencia en su neutralidad, indiferencia e independencia. La falta de conciencia o la ignorancia sostenida en la acción social no protege de sus consecuencias sociales, ya sean positivas o negativas para unos u otros. Pero son las negativas las que nos preocupan y nos ocupan política y sociológicamente. Por eso en cada uno de nuestros quehaceres en los diversos escenarios de la vida social pública y privada, profesional y doméstica, familiar y asociativa-comunitaria, somos responsables de los cuidados hacia los demás y para con nosotros mismos.

Y crece la injusticia y desprotección de la vulnerabilidad humana como desafortunadamente estamos viendo en la crisis actual, con el desmantelamiento de la sanidad y la educación pública, y los servicios de atención a la dependencia, que con ilegítima impunidad legal se está realizando mientras se protege más a quienes más descuidan y maltratan a los grupos

⁷ Prieto, C. (ed) (2007): *Trabajo, género y tiempo social*. Madrid: Hacer-UCM.



sociales más vulnerables. Por ello, la reflexión sociológica sobre la encrucijada actual de los cuidados descuidados, tiene que ir de la mano de promover el desmantelamiento ideológico y material de los mecanismos externos e internos que reproducimos y que hemos incorporado en nuestras relaciones cotidianas, familiares y profesionales, comunitarias y mercantiles, que logran devaluar cultural, social y económicamente a quienes se dedican a cuidar la maltrecha interdependencia humana, en un sistema que hace apología del individualismo lucrativo a su costa, conduciendo la vulnerabilidad de las personas a la peor de sus versiones⁸, ocultando la fecunda relación de empoderamiento y solidaridad social que la atención y cuidado de la vulnerabilidad humanimal -comenzando por la primal-genera en quienes contra viento y a favor de las mareas la ponen en práctica cotidianamente.

¿Dónde están las cuidadoras reconocidas como heroínas cotidianas que cuidan -hasta no querer o poder decir basta, de otros y otras incluso a costa de su propia calidad y carencia de tiempo de vida para la recepción de cuidados y el autocuidado, relacionado con la necesidad de descanso y diversión, de evasión mediante el compartir y delegar temporalmente la responsabilidad de cuidar de otros? El sistema no las aprecia ni reconoce ni premia ni condecora políticamente como sí hace con otros estamentos sociales que descuidan la vulnerabilidad humana. Pero el sistema también somos quienes aquí estamos para decir basta ya de maltratar los cuidados de las cuidadoras, y de ningunear el valor de cuidar, reclamando y proclamando a un tiempo su reconocimiento político, económico y cultural. Para compartir equitativamente el trabajo de los cuidados hay que dignificarlos diacrónica y/o sincrónicamente, pues si al compartirlos se dignifican, al dignificarlos aún sin haber llegado todavía a una equitativa corresponsabilidad de género, se impulsan las motivaciones para compartirlos. El cuidado de la vulnerabilidad humana genera discapacidad social de forma hegemónica pero de forma alternativa sabemos que genera y puede generar empoderamiento personal y solidaridad colectiva, *cuidadanía* como antídoto sostenible y oportunidad de cambio de paradigma social centrado en los cuidados.

⁸ Rodrigañez, C. (2008): La sexualidad humana y el origen de la dominación. Murcia: Ed. Autora



Sesión Plenaria 1

**El nacimiento: cubrir necesidades
conociendo expectativas.**



EMOCIONES DE LA MUJER Y SU PAREJA EN LA ATENCIÓN PERINATAL.

JOSÉ ARNAU SÁNCHEZ

MATRONA - ANTROPÓLOGO. AP SMS- UNIDAD DOCENTE DE MATRONAS. UNIVERSIDAD DE MURCIA

Introducción

El embarazo, parto y puerperio son etapas del proceso reproductivo donde la mujer y pareja experimentan cambios importantes que influyen directamente en sus vivencias. Diferentes investigaciones se han centrado en los aspectos fisiológicos y sociales que influyen en cómo se desarrolla la secuencia reproductiva, sin embargo, aún son escasos los estudios que profundizan en el área psicológica de estos fenómenos, por consiguiente, creemos importante adentrarnos en esta dimensión mediante el conocimiento de los sentimientos que se generan en la mujer y su pareja durante el itinerario asistencial como consecuencia de la interacción con la estructura sanitaria y los/as agentes de salud que intervienen en el proceso perinatal.

Objetivos

- Presentar la naturaleza de la interacción clínica en el proceso asistencial que se establece en el circuito perinatal de la Atención Primaria y Especializada.
- Identificar cómo viven y construyen los padres y los/as agentes de salud el proceso perinatal, profundizando sobre la humanización del mismo.

Metodología

Se trata de una investigación de corte cualitativa y descriptiva, siguiendo la orientación filosófica correspondiente a la Teoría Fundamentada en los Datos. El estudio se llevó a cabo en el Área I de Salud de la Región de Murcia. La muestra estuvo constituida por matronas, médicos/as, enfermeras, púerperas y parejas. Se utilizaron como herramientas cualitativas: Entrevistas abiertas, Grupos de Discusión, Observación Indirecta No Participante y Diario de Campo.



Resultados

El estudio presenta sentimientos negativos relacionados con el miedo, la tristeza y la vergüenza, así como los positivos pertenecientes a la alegría, el amor, la felicidad y la euforia. Todo ello como resultado de la interacción entre las instituciones sanitarias y los/as agentes de salud; influyendo en las percepciones y expectativas de la mujer a lo largo de todo el circuito asistencial. De igual modo, se refleja la vinculación de los sentimientos con el uso de los principios bioéticos que emergen en la estructura relacional en los distintos niveles asistenciales entre el equipo de salud, la mujer y la pareja, así como de la actitud de los/as profesionales producto de una orientación en valores más o menos humanistas.



LA PATERNIDAD: NUEVOS RETOS PARA LA MASCULINIDAD.

YOLANDA GALLARDO DÍEZ.

MATRONA – ANTROPÓLOGA. CENTRO DE SALUD COLMENAR VIEJO NORTE. PROFESORA DE LA UNIDAD DOCENTE DE MATRONAS. HOSPITAL LA PAZ. MADRID.

Introducción

Al analizar el efecto que produce el cambio social en la representación de la masculinidad, nos damos cuenta que ésta entra en crisis; ya que la construcción de una paternidad moderna renuncia a su práctica autoritaria abriendo espacios a la paternidad afectiva.”
Autoritarismo versus relación afectiva.”.

Como dice Rafael Montesinos, la nueva paternidad es una expresión de la transformación masculina.

No existe una definición universal de masculinidad, ya que todas las sociedades cuentan con registros culturales de género. La masculinidad y la femineidad se transforman en el tiempo, a veces influidas por factores extra-género, como la modernidad, la tecnología y las crisis económicas.

En la construcción de la identidad masculina el análisis de la paternidad está sujeto a efectos de la transformación de la sociedad moderna.

El papel del padre ha ido experimentando a lo largo de la historia unas transformaciones profundas. Evolucionando desde un reparto de roles más rígido y sexista (padre como figura de autoridad, proveedor de sustento, transmisor y custodia de las normas, principios y tradiciones); hacia un reparto más igualitario y compartido, en el que al padre se le pide un papel más activo en la vida de sus hijos; además una relación con una mayor vinculación afectiva hacia ellos y más apoyo a la pareja.

Entonces, cambiar una práctica de paternidad tradicional a una moderna significa transformar la estructura mental que permite a los hombres autodefinirse en términos de igualdad con el género femenino, atribuirse facultades y habilidades que las sociedades tradicionales consideraban inherentes a la “naturaleza” femenina.



El trabajo remunerado de la mujer es el factor que subvierte las relaciones que anteponen la autoridad masculina. Se vulnera uno de los principales pilares del poder del hombre en su relación de pareja y familiar: el poder del proveedor.

Podemos decir que cuando se “redefine la paternidad” también se “redefine la maternidad”.

Realidades sociales

Hoy en día, la maternidad, se ha convertido en determinados grupos sociales; en un campo de conflicto, representaciones, ideologías, redefiniciones, **prácticas, modelos, ideales...que** repercuten en la salud de las mujeres. Podemos decir, que convertirse en madre, está lejos del simple acontecer fisiológico del parto. Supone un proceso que puede comprender un entramado de deseos, la necesidad de pertenencia, agregación, identidad que tiene toda persona. Y es un tránsito social donde hay unos modelos de aprendizaje y socialización para el nuevo papel de la maternidad.

Con estas nuevas representaciones de la maternidad emergen en paralelo unas representaciones de la paternidad.

La definición de la paternidad es muy diversa porque las vivencias y prácticas que **acompañan a la nueva paternidad no responden a ningún modelo único.”** Las nuevas formas de ser padre tienen su origen en la transformación de **las mujeres”**.

La imagen que tenemos hoy del padre ideal y además considerado “padre modélico” es el que asiste a las clases de educación maternal, está apoyo a su pareja en todo el proceso del embarazo, dilatación y parto. Participa en las tareas de la crianza y de la casa en un reparto equitativo. El futuro padre debería saber que la paternidad se inicia en la concepción, y cómo puede comenzar a interactuar con el no nacido. También reconocerse la importancia que tiene; al ser una fuente de apoyo a su pareja gestante.

La paternidad para las nuevas generaciones es una experiencia nueva, deseada, vivida y sentida con un elevado grado de emocionalidad. Es una etapa vital por la que **hay que pasar**, una forma de cumplir con una exigencia social; hay que tener hijos como una fase más derivada de la unión en pareja y el deseo de construir una familia.



Independientemente de la edad, la paternidad se vive en un sentido casi generacional de pasar a otra categoría social: es como *hacerse mayor, retirarse, sentar la cabeza, empezar la vida seria*.

Uno de los desencuentros de los nuevos padres consigo mismo no consiste tanto en sentirlos, sino en hacerlos visibles; ahí entran en juego valores que atañen a su **masculinidad**. La expresión de sentimientos está marcada por las diferencias de género, en este caso limitada por y para el género masculino.

Será diferente para cada varón, en función de su personalidad, su historia personal y sus experiencias, y tendrá que realizar un proceso de creación de un espacio de autonomía para sí mismo y para la nueva familia, también aprenderá a negociar con su pareja sobre la participación de cada uno en la cobertura de las respectivas obligaciones.

La sociedad le transmite una herencia de "modelo de padre tradicional" y de forma paralela, le induce hacia "un patrón de mayor implicación".

Intervenciones emergentes desde Atención Primaria

Con frecuencia, los futuros padres se sienten desinformados y descuidados, carentes de apoyo por parte de los profesionales de la salud. Para ayudar al nuevo padre es importante conocer sus necesidades, sus sentimientos, temores e inquietudes. Estas se derivan, primordialmente, de los cambios que habrá de afrontar en el nuevo papel que la sociedad le exige, su pareja espera de él y él mismo quiere representar. Las nuevas investigaciones nos demuestran que los padres también se pueden sentir angustiados ante el nuevo papel de "ser padre hoy" ya que en este proceso pueden aparecer sentimientos encontrados de alegría, felicidad y de temor y ansiedad.

El varón arranca de los referentes próximos (su propio padre, sus hermanos y amigos- si ya se han convertido en padres, su infancia...).

Las mujeres no rechazan que un padre muestre ternura hacia sus hijos delante de los otros ni de ellas mismas, pero, a veces, el ambiente simbólico de la masculinidad tradicional limita las conductas afectivas que se esperan de los varones.

Para poder llegar a conocer las preocupaciones, temores, inquietudes, miedos, etc, tenemos que trabajar con ellos, generando unos espacios sólo para "ellos" donde se



sientan reconocidos, entendidos, escuchados e identificados con otros padres. Además, podemos decir, que cuando se trabaja en paralelo con ambos géneros, puede germinarse un reencuentro entre ellos.

Sabemos que cuando se produce un cambio de paradigma hay procesos de crisis de identidad en todos los actores sociales.

Al generar espacios para reflexionar, verbalizar, expresar, compartir y analizar los orígenes del malestar, potenciamos una mirada diacrónica y damos unas bases para la posible comunicación asertiva entre la pareja sin llegar al enfrentamiento de roles y competencia entre ambos.

En la consulta de la matrona en Atención Primaria vemos e identificamos la necesidad de trabajar también con la pareja.

El objetivo en salud sería prevenir situaciones de riesgo que se pueden llegar a vivir en el embarazo y en la crianza por conflictos de roles.

La literatura científica, nos constata las consecuencias negativas de una mala relación de pareja durante el embarazo y nosotros lo podemos vivenciar y corroborar en la asistencia diaria.

Las matronas de Atención Primaria, en los grupos de Educación Maternal, podemos incluir sesiones específicas para los futuros padres en donde, se trabaje las nuevas paternidades, que llevan implícitas una transformación en la masculinidad. El objetivo de estos encuentros sería: **ofrecer unos espacios específicos sólo para "ellos"**. En donde el beneficio que aporta el "efecto de grupo" ayude a mejorar las relaciones en la nueva reestructuración familiar con las manifestaciones de las nuevas paternidades.

La metodología utilizada sería a través de técnicas cualitativas como por ejemplo "grupos focales de discusión". Al finalizar los encuentros dedicaríamos unos minutos para pedir opinión a los asistentes su evaluación del encuentro.



Dos años 1/2 de experiencia en el Centro de Salud con este tipo de “espacios para los nuevos padres”

Con una experiencia de 20 años en primaria y con una formación complementaria de antropología social y cultural; han hecho que haya ido evolucionando en mi práctica asistencial diaria hacia una atención más holística de la mujer y su contexto. Y por supuesto teniendo muy presente, la mirada hacia cambios sociales y culturales, que condicionan nuestro desempeño de la profesión. Con esas premisas, nació la necesidad, captada desde la consulta y demandada por los grupos de mujeres en el postparto, de **crear “espacios para ellos”, trabajando las nuevas paternidades y las transformaciones emergentes de las masculinidades del siglo XXI.**

Estos encuentros son tanto para los nuevos padres en el periodo de gestación como para los que ya llevan meses ejerciendo como padres después del nacimiento de su hij@. Los datos recogidos y las dinámicas vividas con estas nuevas intervenciones; son **realmente positivos tanto para “ellos”, “ellas” y por supuesto para mi desarrollo profesional y personal.**

Invito a mis compañer@s de primaria que investiguen en esta línea de intervención y así podrán vivir y recoger por ell@s mismas esta necesidad de crear nuevas intervenciones en los albores del siglo XXI.



EL DERECHO DE LA MUJER A DECIDIR SOBRE EL PARTO COMO EJE DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA Y DE LA DIMENSIÓN FAMILIAR DE LA MATERNIDAD.

JOSÉ RAMÓN SALCEDO HERNÁNDEZ .

PROFESOR TITULAR DE LA FACULTAD DE DERECHO DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA. DIRECTOR DEL CENTRO DE ESTUDIOS DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA EN BIODERECHO, ÉTICA Y SALUD (CEBES). DIRECTOR DEL MÁSTER OFICIAL DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA EN BIODERECHO: DERECHO, ÉTICA Y CIENCIA.

En las últimas dos décadas, las relaciones entre profesional sanitario y paciente han sufrido un notable cambio conceptual; cambio que se ha traducido en un nuevo marco jurídico de referencia en el ámbito de la salud. La irrupción del principio de autonomía de la voluntad, el definitivo declive del paternalismo médico y la toma de conciencia a nivel internacional de la necesidad de afianzar la dignidad del ser humano ante las aplicaciones de la biología y la medicina, han sido elementos claves en este nuevo marco que rodea nuestra realidad sanitaria y de salud en general.

Esta forma de ver las cosas, no hace sino exigir el reconocimiento y afianzamiento del protagonismo de la mujer en todas aquellas decisiones que afectan al parto. Puesto que la atención prenatal que ha de recibir es un derecho que le asiste, es exigencia de ese mismo derecho que la mujer se constituya en el eje en torno al que se articule una atención prenatal adecuada a nivel de planificación, ejecución y evaluación de la asistencia.

El proceso de embarazo y parto no es una enfermedad sino un proceso fisiológico, que es parte del ciclo vital de la mujer. Es un proceso de especial vulnerabilidad por su alto contenido emocional. La atención y los cuidados que ha de recibir la mujer deben ser exquisitos y basados en la mejor evidencia actual, pues en un proceso en el que no existe enfermedad, el riesgo se sitúa en la posibilidad de que sean las propias prácticas médicas las que produzcan un daño.

La atención prestada a la mujer durante el parto ha ido evolucionando con el paso del tiempo y el desarrollo de las nuevas tecnologías. La posibilidad que la ciencia ha ofrecido de disminuir los riesgos en el embarazo y parto, ha llevado a un progresivo estado de tecnificación que, pese a sus beneficios, ha repercutido en la calidad de la atención sanitaria integral y en la dimensión familiar de la maternidad. Es en una época relativamente reciente cuando comienza a advertirse que determinadas prácticas pueden ser desaconsejables y que la intervención de la mujer en el proceso del embarazo y parto ocupa un rango superior a otras muchas consideraciones de índole estrictamente técnico.

El punto de partida, a nivel de Derecho español, lo constituye la **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica**. Informar al usuario y obtener su consentimiento no es un mero trámite o requisito administrativo, es una exigencia de la **lex artis**. El derecho a la información es el presupuesto necesario para poder prestar el consentimiento que la ley define como **la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud**. La finalidad de esta figura, creada para proteger los derechos de los usuarios, se ha visto, sin embargo,



frecuentemente pervertida por la práctica, que la ha convertido en un formalismo por escrito dirigido a asegurar la exención de responsabilidad en las actuaciones médicas.

Importante es también el sentido y finalidad del consentimiento informado. Tras una información adecuada, todo usuario tiene derecho a negarse a recibir un determinado tratamiento. El usuario, además, puede decidir entre las diferentes opciones clínicas disponibles. Esto significa que el consentimiento informado no ha de tener como consecuencia obligada la aceptación de todas las indicaciones formuladas por quien solicita su prestación; y a ello se añade la obligación que corresponde al profesional sanitario de respetar las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.

El derecho de la mujer a decidir sobre el parto hemos de articularlo sobre cinco principio:

Primero: *el parto es un proceso fisiológico.* Esta afirmación es de trascendencia ya que modaliza el parto respecto del resto de prestaciones asistenciales sanitarias.

Segundo: *en la intervención asistencial durante el parto hay que distinguir entre lo que es necesario y lo que es accesorio.* Hay que tener en cuenta que lo que es normalmente necesario no lo va a ser en todos los casos, y que lo que es potencialmente accesorio depende de las circunstancias específicas del caso, pero nunca de su protocolización rutinaria.

Tercero: *la mujer ha de poder conformar libremente su voluntad y ha de poder expresarla con idéntica libertad.* En el proceso de decisión intervienen dos partes: quien realiza la prestación (a quien corresponde proporcionar la información adecuada que permita conformar la voluntad de decisión); quien es objeto de la prestación (a ella corresponde valorar el contenido de la información y expresar libremente su voluntad sobre todos y cada uno de los tratamientos implicados, tanto en sentido positivo como negativo). Se trata, en definitiva, de un consentimiento informado modalizado por el tipo de intervención: el parto. Este carácter modalizado del consentimiento, es lo que nos lleva a configurar el llamado **Plan de Parto** como un instrumento específico y peculiar que se alimenta de los principios que sustentan a dos figuras jurídicas recogidas en la Ley 41/2002: el consentimiento informado y las voluntades anticipadas (como tipo específico de consentimiento informado).

Cuarto: *como en toda prestación sanitaria, la mujer tiene derecho a decidir el tipo de tratamiento que quiere recibir.* En toda prestación sanitaria se puede poner en cuestión el tratamiento que se pretende aplicar, aunque ello pueda traer consigo consecuencias de extraordinaria relevancia para el paciente; además, el consentimiento informado no cumpliría con su función si se limitase a certificar la aceptación de todo lo que se propone a la firma.

Quinto: *el derecho a la intimidad y el reconocimiento a la dignidad personal se muestran particularmente sensibles por el carácter especial de la prestación asistencial de que se trata.* Dignidad e intimidad son reconocidos como principios básicos de la Ley 41/2002. La obtención de datos implica una actividad sobre el paciente que, por tanto, está protegida por el derecho a la intimidad. La dignidad



exige que cada ser humano sea considerado un fin en sí mismo y que nadie sea utilizado como instrumento para los fines de otro, pues la dignidad es una cualidad intrínseca a la condición humana. En el momento del parto, intimidad y dignidad son protagonistas de un acto que es propio de la naturaleza humana; da ahí la necesidad de su protección.

Los cinco principios expuestos aportan las suficientes razones para concluir que, sin lugar a dudas, la mujer tiene un derecho indiscutible a decidir sobre el parto y a hacerlo con todas las garantías y posibilidades promocionales para que dicho derecho pueda ejercerse con total potencialidad.

Esto no es algo que no se viniera advirtiendo desde hace cierto tiempo. No cabe la menor duda de que, tanto las orientaciones dadas por las instancias internacionales, como las directrices marcadas por diferentes organismos oficiales, sociedades científicas, profesionales y nuestra propia normativa interna, han sido determinantes en el cambio de enfoque que viene recibiendo la atención al embarazo y parto en esta década y que, fundamentalmente, se ha concretado en un paulatino abandono de la tecnificación excesiva y en un incremento de la información a la paciente orientado a la toma de decisiones conjuntas desde la perspectiva de la voluntad libre de la mujer. Ejemplo de ello son el documento de consenso *Iniciativa Pacto Normal* de la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME, 2006); la *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud* (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007); o las Recomendaciones sobre la asistencia al parto de la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2008).

Todas estas iniciativas han desembocado en una clara tendencia a poner en primer plano el derecho de la mujer a decidir sobre el parto. Este hecho queda evidenciado en el reciente documento elaborado por el grupo de trabajo creado a instancia del *Observatorio de Salud de las Mujeres* en el seno del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Bajo el título de *Plan de Parto y Nacimiento*, supone un amplio reconocimiento del derecho de la mujer a decidir, potenciando su implicación y corresponsabilidad en cuantas cuestiones se suscitan en ese momento tal especial de la vida de la mujer.

Pero el derecho de la mujer a decidir sobre el parto, no sólo es un imperativo del principio de autonomía de la voluntad y de los derechos reconocidos por nuestra legislación en aplicación de dicho principio; el derecho de la mujer a decidir es, además, el elemento base sobre el que descansa la calidad de la asistencia sanitaria y la dimensión familiar de la maternidad.

La calidad asistencial no sólo consiste en proporcionar una asistencia sanitaria acorde con el estado de la ciencia y las necesidades de los usuarios, hay que buscar que la prestación se lleve a cabo de la forma más idónea posible, con la finalidad de lograr la mayor satisfacción posible en quien la recibe. La persona tiene derecho a conocer lo que se está llevando a cabo, entender los riesgos, opinar sobre ellos y sentirse partícipe y protagonista en todo el proceso asistencial. La calidad necesita de un proceso de redefinición. No es suficiente con que la prestación sanitaria esté dotada de un alto índice de rigor y competencia científica; ética, realidad personal, intimidad, dignidad personal, sentido de trascendencia y dictados de su conciencia, influyen directamente en las intervenciones que la persona precisa por motivos de salud o por procesos naturales que afectan a su estado físico.



La dimensión familiar de la maternidad es el último de los aspectos que nos quedaría por añadir. El nacimiento de una nueva vida no es un hecho aislado; no se trata de una circunstancia meramente reproductiva carente de implicaciones familiares y sociales, sino que comporta un auténtico acontecimiento que revoluciona el entorno de la familia. Ésta necesita ser partícipe de ese acontecimiento y lo hace a través de quien es portadora de la nueva vida en ciernes. Todas las emociones y proyectos familiares se canalizan en quien puede expresar cómo desea que la nueva vida se abra paso y despierte. Los derechos se transforman en expresión de proyectos de vida compartidos.

El derecho a decidir es algo más que un reconocimiento jurídico, es una materialización del ser persona en la intimidad y en la proximidad de los cercanos; un síntoma de calidad social proyectado sobre el desarrollo natural de la vida.



Sesión Plenaria 2

Matronas con competencias y mujeres competentes.



MUJERES COMPETENTES.

FRANCISCA FERNÁNDEZ GUILLÉN.

ABOGADA. ASOCIACIÓN EL PARTO ES NUESTRO. MADRID.

El poder de las mujeres

Me han pedido que hable de empoderamiento de las mujeres y competencias de las comadronas. Para mí, la primera competencia, el primer poder-deber de la comadrona, es precisamente conseguir que la mujer atraviese por momentos clave de su vida sexual y reproductiva sintiéndose poderosa. Y eso significa hablar de feminismo. Me siento y defino como feminista, pero desafortunadamente mis conocimientos sobre teoría feminista son escasos. No soy socióloga ni filósofa ni domino disciplina alguna en relación con el empoderamiento de las mujeres, así que solo puedo hablar desde mi experiencia personal y mi activismo social en la asociación El Parto es Nuestro.

En mi opinión, cada paso que damos las mujeres en pro de nuestra emancipación parte de una toma de conciencia cuyo detonante suele ser un acontecimiento de nuestras vidas que vivimos en primera persona o como testigos. A partir de ahí, empieza un proceso de conocimiento, de recopilación de información: queremos saber más sobre aquello que nos perturba, poner nombre a esa sospecha que nos cuesta definir. Si tenemos suerte, encontraremos en el camino a personas que validen nuestra curiosidad, que nos den las claves para reconocer los patrones patriarcales de subordinación a los que estamos sujetas.

Después del conocimiento nace en nuestro corazón la necesidad de actuar y sellamos un compromiso con los cambios que queremos conseguir. Empezamos a buscar aliadas **porque, ya sabemos, "lo personal es social"**. **El capitalismo nos ha inculcado una mentalidad egoísta e individualista que desplaza la conciencia social e ignora la dimensión comunitaria de la felicidad.** De esta forma, culpa al individuo de su propia desgracia, dejándole impotente, pues si no consiguió ser feliz es porque no estaba suficientemente **"motivado"** o **"motivada"**. **Pero nosotras sabemos que, en realidad, nuestros problemas tienen causas y soluciones que son, a la vez, personales y sociales.**

No podemos esperar a que los gobiernos o las autoridades nos regalen las relaciones laborales que queremos, el desarrollo profesional que queremos, la salud pública que



queremos, la sociedad que queremos, el parto que queremos... hay que luchar para conseguir todo ello. A partir de esta toma de conciencia, empezamos a desarrollar las habilidades que pueden ayudarnos a conseguir nuestros objetivos.

El poder y la dialéctica amo-esclavo

Durante mucho tiempo he hablado de los límites impuestos, ahora me gustaría hablar de los poderes no ejercidos. Observando cómo las mujeres de todas las clases renunciamos con frecuencia a nuestra libertad y a nuestra responsabilidad y cooperamos con quienes nos agreden y coartan nuestra libertad, me interesé por la dialéctica del amo-esclavo de Hegel: la persona que renuncia a su libertad (esclavo) obtiene sin duda ventajas. Como explica KANT: **"Por eso les es muy fácil a los otros erigirse en tutores. ¡Es tan cómodo ser menor de edad!** Si tengo un libro que piensa por mi, un pastor que reemplaza mi conciencia moral, un médico que juzga acerca de mi dieta, y así sucesivamente, no **necesitaré del propio esfuerzo"** Kant (1784).

Y a continuación me interesé por las resistencias que podían producirse dentro de estas dinámicas. Estas resistencias incluyen no tener miedo a asumir responsabilidades y errores o dejar de ser "agradables" o "femeninas".

¿Qué es el poder? El tipo de poder que aprecio es el que se autoafirma y determina frente a los poderosos y se autocontrola y autolimita con los débiles. La mujer autoritaria con otras mujeres y sumisa con las figuras, generalmente masculinas, que ostentan el poder, no es realmente una mujer poderosa, no está ella misma emancipada sino que cumple un rol, un guión preestablecido del que no es plenamente consciente. Con nuestro silencio y falta de compromiso, nosotras mismas colaboramos con nuestra opresión.

Así pues, lo que debe hacer una mujer, matrona, enferma, embarazada, parturienta, anciana que quiera empoderarse es tomar conciencia, dejar de colaborar con quienes la oprimen a ella o a otras mujeres, buscar aliadas y desarrollar habilidades que le permitan influir políticamente, que las organizaciones dedicadas a promover la salud respeten y reflejen nuestras prioridades, deseos y expectativas en el cuidado que nos prestan a lo largo de la vida.



Las redes de mujeres

Las mujeres tenemos facilidad para tejer redes y buscar alianzas para cambiar el sistema de salud. Tenemos el derecho de tomar decisiones sobre nuestra salud y nuestro cuerpo y que nuestras experiencias sean validadas y reconocidas.

De todo esto voy a hablarles hoy a través de la experiencia de la Asociación El Parto es Nuestro, nacida hace 10 años para prestar apoyo psicológico a mujeres que habían sufrido cesáreas y partos traumáticos y que hoy colabora activamente en las políticas públicas de atención al parto del Sistema Nacional de Salud.



EL CONFLICTO ENTRE LAS COMPETENCIAS DE LOS PROFESIONALES Y LA LIBERTAD DE DECISIÓN DE LAS MUJERES.

JOSÉ MANUEL HERNÁNDEZ GARRE

MATRONA. ANTROPÓLOGO. UNIDAD DOCENTE DE MATRONAS DE UNIVERSIDAD DE MURCIA. HOSPITAL RAFAEL MÉNDEZ. LORCA.

Para comprender los posibles conflictos que se instauran entre las competencias asignadas a los profesionales desde los diferentes modelos de asistencia al nacimiento y los derechos de las madres, hay que interpretar éstos en clave cultural. Ello implica la comprensión de **que los individuos, a pesar de compartir una misma identidad cultural, "pueden participar [de] muchas y variadas culturas y sustentar distintas formas de identidad"**⁹. Y son precisamente estas distintas formas de identidad las que se manifiestan en procesos como el nacimiento, el cual es pensado y representado de diferentes maneras al tratarse de un hecho cultural y no sólo biológico en el que se pone en evidencia la ambigüedad de la interacción entre estas dos dimensiones¹⁰.

Paradigmas obstétricos.

Las diferentes representaciones que del nacimiento se hacen en cada cultura se traducen en tendencias que constituyen auténticos paradigmas de la asistencia. Paradigmas que **instituyen el "conjunto de prácticas (...) [autorizadas] durante un período específico de tiempo"**¹¹ para dar cobertura a los procesos sanitarios de asistencia al nacimiento. Estos paradigmas obstétricos han sido resumidos en tres abordajes ideológicos: el paradigma tecnocrático, el paradigma humanista y el paradigma holista. El paradigma tecnocrático, típico de la biomedicina, está centrado en la dimensión física de la asistencia y en la medicalización, tecnologización y protocolización-mecanización del proceso. El humanista, enfatiza la conexión mente-cuerpo estableciendo un equilibrio entre las necesidades de las instituciones y las de las madres, concibiendo a éstas como un sujeto relacional que se informa, toma decisiones y comparte la responsabilidad con el clínico. Desde este enfoque la ciencia y la tecnología se complementan con el humanismo sin necesidad de desinstitucionalizar totalmente el proceso. Por último, el paradigma holista parte de la unidad mente, cuerpo y espíritu concibiendo a las mujeres en su totalidad al tener en cuenta el contexto.

9 Comas D'Argemir, D. (1996). Economía, cultura y cambio social. En Prat y Martínez (Eds.). Ensayos de Antropología Cultural (pp. 104-113). Barcelona: Ariel, p. 109.

10 Ranisio, G. (1998). Venire al mondo. Credenze, pratiche, rituali del parto. Roma: Meltemi.

11 Kuhn, T.S. (2005). La estructura de las revoluciones científicas. Madrid: Fondo de Cultura Económica de España, p. 10.



Desde esta visión la autoridad sobre temas de salud pertenece a las madres, y ciencia y tecnología tienen que estar al servicio de éstas, en definitiva se establece una unión entre el profesional y las pacientes que persigue la individualización del proceso.

Desde los paradigmas humanista y holista las madres dejan de ser representadas como sujetos pasivos, para participar de forma activa durante todo el nacimiento¹². A pesar de ello es precisamente el paradigma tecnocrático, al ser el propio del sistema biomédico, el predominante en nuestro contexto¹³. Paradigma tecnocrático que desde su supremacía produce **“la exclusión ideológica y jurídica de otros modelos alternativos, lo cual, en la práctica social se resuelve por la apropiación y transformación de los mismos”**¹⁴.

Modelos culturales de asistencia.

Estos diferentes paradigmas o formas de representación ideológica del parto se traducen en la praxis clínica en modelos culturales de asistencia, modelos que son definidos con etiquetas como **“culturas del nacimiento”**¹⁵ o **“etno-obstetricias”**¹⁶. Estos modelos comprenden **“los conocimientos, las costumbres, las creencias, los valores, las prácticas y las experiencias que, (...) los actores [del proceso] manifiestan en la actualidad respecto al nacimiento”**¹⁷. Se trata en definitiva de las diferentes maneras en que cada cultura particular concibe el parto, al producirse éste dentro de un marco biosocial concreto producido tanto por factores biológicos universales, como por factores sociales particulares¹⁸. **Culturas del nacimiento que además “no son estáticas sino que evolucionan según las tendencias de factores económicos, políticos o de poder, y no sólo de un entorno próximo, sino de una más amplia globalidad más allá de las fronteras”**¹⁹.

En el contexto europeo existen en la actualidad tres modelos culturales de asistencia: el parto hospitalario intervencionista, mayoritario en los países de la cuenca mediterránea, el parto hospitalario humanizado, como sucede en países centroeuropeos como Reino Unido o

12 Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75 (1), 5-23.

13 Blázquez, M.I. (2009). Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la Comunidad de Madrid. Tesis Doctoral, Universidad d Rovira i Virgili, Tarragona

14 Menéndez, E.L. (1984). Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud. México: Cuadernos de la Casa Chata, 86, p.1.

15 Montes, M^a.J. (2007). Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos. Tesis doctoral, Univesitat Rovira i Virgili, Tarragona.

16 McClain, C. (1975) Ethno-obstetrics in Ajijic. *Anthropological Quarterly* 48(1), pp. 38-56.

17 Montes, M^a.J. op, cit, p. 10.

18 Jordan, B. (1993). Birth in four cultures. A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States. Montreal: Eden Press Women's Publications.

19 Montes, M^a.J. op, cit, p. 11.



Alemania, y por último el parto no institucionalizado o domiciliario asistido, como ocurre en países como Holanda o los Países Bajos²⁰. Estos tres modelos de asistencia son una traducción a nivel práctico de los tres paradigmas obstétricos definidos anteriormente. Así el parto hospitalario intervencionista se corresponde ideológicamente con el paradigma tecnocrático, el parto hospitalario humanizado con el humanista y el parto no institucionalizado o domiciliario asistido con el holista.

El parto hospitalario e intervencionista.

En parto hospitalario e intervencionista es la modalidad de parto más común, la mayoritaria y además la legitimada en el contexto español²¹. Este modelo de asistencia es definido por el Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo como "un modelo intervencionista institucionalizado, atendido por profesionales de la medicina y la enfermería especializados"²² y caracterizado con una serie de atributos que podemos resumir en tres; la *medicalización*, la *tecnificación* y la *protocolización-mecanización* del proceso²³.

La *medicalización* del nacimiento se llevó a cabo bajo la hegemonía y monopolio del modelo biomédico. Éste empleó su poder para que las mujeres aceptaran y admitieran sus **decisiones ya que poseía los "conocimientos autorizados"**²⁴ para la definición del proceso. La medicalización no habría sido posible sin la institucionalización del parto en el seno hospitalario, ya que constituyó el lugar privilegiado para la medicalización colectiva²⁵, posibilitando la labor de vigilancia médica sobre el cuerpo femenino bajo los discursos de la desviación de la normalidad, la disminución del riesgo y la supresión del dolor. Nociones que convirtieron el parto en un asunto médico y científico alejado de los conocimientos y estrategias de afrontamiento de las mujeres²⁶. De esta manera el hospital se transformó en el único lugar garante de seguridad para la madre y el futuro hijo, a lo que se sumó la asunción de que el descenso de la mortalidad materno-fetal se debía al comienzo de la

20 Blázquez, M.I. op, cit, p. 36.

21 Martin, E. (1987). *The Woman in the Body*. Boston: Beacon Press.

22 Ministerio de Sanidad y Consumo, MSC. (2007). *Estrategia para la atención al parto normal*. Madrid: Autor, p. 16.

23 Stoller, N. (1974). *Forced labor: maternity care in the United States*. Oxford: Pergamon studies in critical sociology.

Hernández, J. M. (2011). *El parto hospitalario e intervencionista. Una construcción social de la maternidad*. Tesis doctoral. Universidad de Murcia, Murcia.

24 Irwin, S. & Jordan, B. (1987). Knowledge, Practice and power: court-ordered caesarean sections. *Medical Anthropology Quarterly* 1(3), 319-334, p. 319.

25 Foucault, M. (1990). *La vida de los hombres infames*. Madrid: La Piqueta.

Comelles, J.M^º. (1996). Fe, carisma y milagros. El poder de curar y la sacralización de la práctica médica contemporánea. En González Alcantud y Rodríguez Becerra. (eds.), *Creer y curar: la medicina popular* (pp. 301-336). Granada: Biblioteca de Etnología. Diputación Provincial de Granada.

26 Oakley, A. (1984). *The captured Womb: a history of the Medical Care of Pregnant Women*. Oxford: Basil Bernstein.



asistencia médica hospitalizada, noción que invisibilizó otros factores contribuyentes como las mejoras higiénicas, nutricionales o de salud maternal.

En cuanto a la **tecnificación** del parto, vino motivada por la necesidad de aportar datos objetivos sobre las desviaciones biológicas de éste, por lo que se abrazó un nuevo afrontamiento posthumanista, la biometría, es decir la reducción de los procesos vitales a parámetros biológicos controlados a través de la tecnología²⁷. Este afrontamiento acabó esterilizando al nacimiento de sus componentes vivenciales y emocionales al reducirlo a simples variables biotecnológicas.

Por último la **protocolización-mecanización** del nacimiento, se produjo como consecuencia de la especialización y fragmentación del cuidado. Ésta llevó a rutinizar el proceso desde una lógica productivista que condujo a la aplicación de protocolos, procedimientos y **pruebas con el objetivo de producir una "uniformización" del proceso**²⁸. Se consiguió así dar la **"condición de asistibilidad"**²⁹ al parto, condición que **"no dependía necesariamente de un substrato biológico o psíquico, sino de la existencia de un conjunto de reglas, necesariamente arbitrarias"**³⁰ cuyo objetivo era garantizar que la parturienta fuera atendida por el sistema sanitario oficial hospitalario.

Las tres características mencionadas son la consecuencia lógica de una serie de resortes ideológicos propios de nuestro contexto. Así, detrás de la medicalización del proceso están las ansias de control estatal de la reproducción. Este control se ha ejercido a través de la delegación en los expertos de toda la autoridad, y éstos lo ejecutan a través de una medicalización e intervencionismo sistemático sustentado en los discursos del riesgo y la supresión del dolor. Detrás de la obsesión por el control tecnológico se encuentra la difusión que han encontrado en el ámbito sanitario las ideologías posthumanistas. Ideologías que apuestan por la reducción del ser humano a simple información biológica, a la biometría de su dimensión física desde la que se controla el proceso de la reproducción, esterilizando al mismo de sus dimensiones emocionales. Y por último tras la mecanización de la asistencia se hallan las filosofías productivistas que se han introducido con fuerza en los procesos asistenciales sanitarios. Filosofías desde las que se le asigna a las distintas etapas del nacimiento unos tiempos estándar que el cuerpo de las mujeres debe reproducir en beneficio de la mayor eficiencia del proceso³¹.

27 Fernández, E. (2007). Crítica filosófica del posthumanismo: Gabriel Marcel. En J. Ballesteros y E. Fernández (Coord.), *Biotecnología y Posthumanismo* (pp. 81-108). Navarra: Aranzadi.

28 Esteban, M^a.L. (2001). *Reproducción del cuerpo femenino*. Donostia: Tercera Prensa.

29 Comelles, J.M^a. (1985). *Sociedad, salud y enfermedad: los procesos asistenciales*. *Jano* 655, 71-83. Reimpresión en *Trabajo Social y Salud* 29, 1997.

30 Ibidem, op. cit, p. 140.

31 Hernandez, J.M. op. cit, p. 309-610.



El parto hospitalario intervencionista y los derechos de las madres.

Así, el parto hospitalario e intervencionista no es más que una realidad cultural, un patrón cultural de asistencia fruto de una serie de representaciones y praxis autorizadas consecuentes con el paradigma tecnocrático. Sin embargo, el problema surge cuando confrontamos las características de esta cultura del nacimiento con las diferentes estrategias de humanización del parto emitidas por organismos como la OMS, y más aún si las cotejamos con la defensa de la propia dignidad y derechos de las madres.

Sin pretender ser totalmente exhaustivos, y tomando como línea directriz la Ley 3/2009 de 11 Mayo de Derechos y Deberes de los Usuarios de la Región de Murcia, las praxis típicas del modelo cultural hospitalario e intervencionista vulneran diferentes derechos de las madres. Derechos como el respeto a la dignidad de las parturientas (Art.7), a la humanización de la asistencia (Art.8), a la información (Art.30 y 31), a la intimidad (Art.21), al acompañamiento (Art. 22) o a la autonomía y libertad de elección (Art.41). Derechos que difícilmente pueden ser respetados desde una óptica de la asistencia mecanizada y protocolizada que aplica las mismas rutinas asistenciales a las diferentes madres, perdiéndose así la individualización, y en parte, la humanización de la experiencia.

Un patrón cultural que asigna a las usuarias el rol del "no saber", frente al poder de los que "saben", realidad que se observa durante todo el proceso asistencial integrándose tanto en los rituales del nacimiento como en los del posparto³². Desde esta perspectiva las relaciones se instauran desde el principio de asimetría entre las pacientes y los profesionales, mientras el proceso es guiado bajo nociones productivistas que convierten a las mujeres en objetos de una cadena asistencial sobre los que actuar³³. Produciéndose en última instancia un abuso de poder que es naturalizado al tener lugar en el espacio de poder de los expertos, el hospital. Nos encontramos pues ante una situación realmente irregular que atropella los derechos de las madres.

Sin embargo, y a pesar de la manifiesta trasgresión de los derechos a los que son sometidas las pacientes desde el abordaje intervencionista, sorprende como éste es un tema tabú del que apenas habla ni la sociedad, ni los expertos, ni tan siquiera las propias afectadas. Parece que existe un consenso social para obviar estas situaciones, seguramente bajo la asunción de los discursos del riesgo que justifican cualquier vulneración **en pro de la "seguridad" física de las pacientes. Las definiciones biomédicas de los procesos han calado tan hondo en las madres que naturalizan las lagunas legales del**

32 Montes, M^o.J. op. cit, p. 229.

33 Blázquez, M.I. op. cit, p. 92.



proceso asistencial siempre que consigan el objetivo final, una madre y un bebé sanos³⁴. Por su parte la sociedad, con sus instituciones a la cabeza, conceden toda la autoridad a los técnicos que se encargan de ejecutar el control social sobre las mujeres y la reproducción³⁵, control que los expertos ejercen desde su posición social de poder. Nos encontramos pues ante una dinámica cultural en la que los discursos de humanización son legitimados por las instituciones sanitarias de puertas para fuera, pero de puertas para dentro el respaldo se diluye como un calidoscopio en mil colores. Cayendo en el olvido de una hipocresía consensuada que desde la legitimización del patrón de asistencia hospitalario e intervencionista está dispuesta a sacrificar la dignidad de las pacientes y sus bebés en favor de la búsqueda de un dorado utópico y ficticio, el "riesgo cero".

34 Montes, M^aJ. op, cit, p. 302.

35 Esteban, M.L. (1996). Relaciones entre feminismo y sistema médico-científico. En: T. Ortiz. Mujeres de ciencia (pp. 143-184). Granada: Universidad de Granada, Seminario de Estudios de la mujer.



CAMINANDO, CAYENDO, LEVANTANDO, AVANZANDO.

M^a ÁNGELES CASTAÑO MOLINA.

DOCTORA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL Y CULTURAL. MATRONA DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD. HOSPITAL COMARCAL DEL NOROESTE. PROFESORA UNIDAD DOCENTE DE MATRONAS. PROFESORA ASOCIADA UNIVERSIDAD DE MURCIA. PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN DE MATRONAS DE LA REGIÓN DE MURCIA.

El concepto de género, la historia de nuestra profesión y la legislación, han sido tres escollos que han hecho mucho daño a nuestra profesión; sin embargo, gracias a todos los que han creído en ella seguimos existiendo. Esas personas han sido compañeras, otros profesionales, madres, padres e hijos. Las competencias se adquieren a través de la formación y de la buena práctica, pero estas no caminan solas, sino que dependen, cambian y se desarrollan o se pierden según la sociedad en la que tienen la dificultad de desarrollarse; por ello dependen de la relación entre las matronas, de los hombres y mujeres, de la ideología sobre derechos humanos y, además, de la relación entre todos los profesionales que trabajamos en relación con la comunidad. Esto último, junto a un contexto en el que se han mermado los derechos de una parte social, la mujer, ha sido arrastrado por nuestra profesión.

Todo empezó hace mucho tiempo, hace más de cinco millones de años, pero nos centraremos en la época en que la profesión médica se unificó en sus estudios y accedió a la formación universitaria, el principal problema que tuvimos las matronas, también con formación teórico práctica desde la Antigüedad fue que éramos mujeres, y como profesión de mujeres acarreó muchos problemas que hasta hoy vivimos. En primer lugar, el acceso a los estudios estaba permitido sólo para los hombres, incluso las mujeres que querían ser médicas lo tenían prohibido y, debido a ello, nuestra profesión, junto a la concepción de género basado en el sexo biológico ha sufrido a la par que nosotras. Es entonces cuando la matronería, al no poder obtener el reconocimiento académico que sólo se le permitía a profesiones de hombres, **ha quedado relegada en la historia. Antes de todo esto, las "cosas de mujeres" eran consideradas por la medicina tan incómodas o tan superfluas como las propias mujeres**, hasta que un día, el campo de trabajo debía ampliarse para aumentar clientela y las matronas sobrábamos.



La principal baza para quitarnos del medio era la formación; debido a las dificultades para acceder a los estudios, la argumentación médica para suplantarnos era bastante consistente, algunas matronas no sabían leer ni escribir, otras, las más adineradas, luchaban para que todas tuvieran una formación reglada e insistían en la importancia de acceder a los estudios y, gracias a ellas, nuestra profesión sigue adelante.

La medicina igualmente ha tenido sus problemas, empezando porque a las médicas no se les dejaba ejercer o no eran consideradas igual a los hombres en sus conocimientos; y también la creación de castas dentro de una misma profesión, aspecto que se refleja hasta hoy.

Desde la historia se han creado en sanidad "clases" y se ha considerado la médica "la superior", sobre todo porque estaba constituida en su mayoría por hombres y su historia ha sido escrita desde ese "poder de género".

La legislación nos ha favorecido en algunos casos, como por ejemplo en las partidas de Alfonso X el Sabio, sin embargo hoy arrastramos el yugo de ser auxiliares del médico conforme decía el Estatuto de Personal Sanitario de 1973 que, para quien no lo sepa todavía, fue refutado con el Estatuto Marco de 2003.

Las matronas nos hemos formado durante 6 años desde que accedemos a la Universidad y, de forma intensa, durante 2 de especialidad donde hemos adquirido nuestras competencias respaldadas por Directivas Europeas, RD de 2008 y Orden Ministerial de 2009, entre otras. Y en todas se dice que nuestra labor se centra en la atención a la salud sexual y reproductiva de la mujer y la comunidad que le rodea a lo largo de todo su ciclo vital así como la atención al recién nacido los primeros 28 días de vida. En este punto nos preguntamos después de tantos años, ¿por qué debemos seguir justificando lo que por derecho es de esta profesión? Pues siendo esto necesario no podemos quedarnos de brazos cruzados esperando a que nos salven los demás, sino hacerlo nosotras desde nuestras competencias, las cuales se pueden perder si no se aplican en la práctica y eso depende de nosotros en su mayor parte. Además debemos negociar dentro y fuera de los equipos de trabajo, alternativa y competencia esencial para mejorar.



"Érase una vez un mundo en el que el ser humano se respetaba, también lo hacía con el medio que le rodeaba y se vivía en armonía. Todo esto ocurría porque se respetaba la vida como único Dios por encima de todo, porque ninguna vida era una carga social y el nacimiento se respetaba como lo más sagrado. Las matronas, profesionales cualificados, desarrollaban sus competencias sin conflicto alguno y la relación con el resto del equipo que les rodeaba hacía de cada momento único e inolvidable; todos tenían alegría por ir a trabajar y se preocupaban los unos de los otros. Todo esto favorecía que la llegada a la vida y su acompañamiento en todo el proceso vital hasta la muerte fuera un proceso sin miedo..." (¿Utopía?)



Sesión Plenaria 3

Recuperando los 11 meses lunares.



ESTABLECIMIENTO DEL VÍNCULO Y RELACIÓN DE APEGO EN EL RECIÉN NACIDO.

ADOLFO GÓMEZ PAPI

HOSPITAL UNIVERSITARI DE TARRAGONA "JOAN XXIII", IHAN DESDE 1997.
FACULTAT DE MEDICINA. UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Nacemos indefensos

Nacemos con solo el 30 % de nuestro cerebro desarrollado y, por lo tanto, con muchas menos habilidades y capacidades que los monos. Somos el cachorro más frágil e indefenso de la naturaleza, el que más depende de su madre y de su padre para sobrevivir, para crecer y para aprender a ser un ser humano adulto.

Pero las habilidades con las que nacemos son las imprescindibles para que se establezca el vínculo madre-hijo y para facilitarnos la futura relación de apego con nuestra madre y con nuestro padre. Y, por otro lado, el 75% del cerebro del ser humano se va a desarrollar durante los 2-3 primeros años. Ahora sabemos que el trato que haya recibido durante esa etapa tan sensible será muy importante en el desarrollo de su cerebro.

Cómo es un bebé

Los bebés se pasan mucho tiempo dormidos o adormilados y, cuando están despiertos, inquietos o llorando. Pero de tanto en cuanto les sorprendemos alerta, prácticamente inmóviles, atentos a lo que pasa a su alrededor. En alerta tranquila se ha comprobado que los recién nacidos conocen a su madre por su olor y por su voz desde antes de nacer, que ven muy bien de cerca, que necesitan intercambiar miradas (y emociones) con la persona que les cuida y que son capaces de devolver un gesto o una sonrisa. Necesitan sentirse protegidos, calientes y necesitan el alimento. Para ello, necesitan estar pegados a su madre (y a su padre) día y noche. Los bebés que están en contacto permanente con su madre o su padre duermen más tranquilos y sólo lloran cuando están enfermos.

Vínculo afectivo

El vínculo madre-hijo o padre-hijo, (vínculo afectivo), son los lazos emocionales que se establecen entre la madre y su hijo (o entre el padre y su hijo); es un instinto biológico que garantiza la supervivencia y promueve la replicación y la protección de la especie (1). Es algo, por tanto, inconsciente. No se provoca, sino que ocurre. No es el amor materno-filial.



Los lazos afectivos entre la madre y el padre y el hijo son cruciales para la supervivencia y desarrollo del bebé: capacitan a los padres para que se sacrifiquen para el cuidado de su hijo.

Contacto precoz

Aunque los sentimientos de amor de la madre hacia su hijo recién nacido no son instantáneos, la primera hora parece tener una especial importancia en el establecimiento del vínculo afectivo (1). Como consecuencia del trabajo del parto, madre e hijo están en alerta tranquila, pendientes de lo que pasa a su alrededor (2). Es importante que durante esas primeras horas permanezcan juntos, a ser posible, en contacto piel con piel, para que la madre se vincule intensamente, de forma totalmente inconsciente, con su hijo. Nada más adecuado para el bebé recién nacido que ponerle en contacto precoz con su madre: colocarlo sobre el cuerpo de su madre, en contacto piel con piel. Porque será una continuidad. Viene del interior del útero, de un ambiente térmico constante, de oler a su madre, de oír su voz y su corazón, de percibir la luz filtrada por la pared abdominal y el útero de su madre.

Si se le deja en decúbito prono (boca abajo) en contacto piel con piel entre los pechos desnudos de su madre, el recién nacido permanece un rato inmóvil y, poco a poco, va reptando hacia los pechos mediante movimientos de flexión y extensión de las extremidades inferiores; toca el pezón; pone en marcha los reflejos de búsqueda masticación, succión de su puño (que conserva el olor del líquido amniótico), lengüetada; huele la piel de su madre (e instintivamente comprueba que huele como su puño); acerca su cara al pecho; se dirige hacia la areola (que reconoce por su color oscuro y por su olor); nota el pezón en su mejilla y, tras varios intentos, comienza a succionar (1-3). A partir de entonces, es más probable que haga el resto de tomas de forma correcta, lo que puede explicar los beneficios que tiene el contacto precoz sobre la duración de la lactancia materna (4,5).

En el posparto inmediato aumenta la sensibilidad de la piel de la areola y del pecho de la madre. El contacto de su hijo piel con piel en esa zona, sus movimientos de braceo, su forma de reptar, de lamer y, finalmente, la succión del bebé sobre la areola y el pezón dan lugar a un aumento de la secreción de oxitocina, la hormona del comportamiento maternal, que contribuye al acceso de amor hacia el bebé.



Como respuesta al estrés y al dolor, madre e hijo han sintetizado endorfinas, que juegan también un papel en el establecimiento del vínculo afectivo (6). La madre, con un pico de oxitocina y de endorfinas, en alerta, sintiendo a su hijo tan deseado reptar, lamer y succionarla. Y que la mira fijamente con esos ojos tan abiertos, embelesado. El establecimiento del vínculo afectivo es un momento mágico.

Si, por lo que sea, el bebé ha tenido que ser separado precozmente de su madre, aun están a tiempo de establecer el vínculo madre-hijo. Porque cada vez que madre e hijo disfrutan del contacto piel con piel, la madre segrega oxitocina y el bebé pondrá todas sus habilidades en marcha para agarrarse al pecho y para acabar mirando a su madre a los ojos. Cada vez. Durante los primeros meses. Y lo mismo con el padre.

Apego y crianza

La relación de apego son los lazos emocionales que el bebé desarrolla con su madre y, más adelante, con su padre. Va construyéndose día tras día y mes tras mes durante la más tierna infancia (7).

Los bebés son sociables por naturaleza y dependen de los demás para sobrevivir. Como afirmó Winnicott **“Un bebé no puede existir solo, sino que es esencialmente parte de una relación” (8)**. El bebé no sabe controlar ni regular sus emociones, desconoce qué es lo que siente o la emoción que experimenta. A través de las respuestas de la madre a sus necesidades, el bebé aprende a autorregularse. Dependiendo de cómo haya sido criado, poco a poco se va forjando su carácter (9).

El llanto de su hijo ocasiona en la madre una respuesta innata de cogerle en brazos, de calmarle y de atenderle. Solo si está permanentemente en contacto con él, se verá libre de sus llantos. Los consejos tipo **“si le coges en brazos, le vas a malcriar”**; **“que no duerma contigo en la cama, que luego no sabrá dormir solo”**; **“déjale llorar, que no es malo que llore”** van totalmente en contra del instinto maternal y obstaculizan el establecimiento de una relación de apego seguro del bebé con su madre.



El cerebro crece principalmente durante los dos primeros años. Al final del primer año alcanzan su máximo nivel las complejas conexiones entre los 100.000 millones de neuronas. Las conexiones que han sido activadas repetidamente son las que permanecen. La formación y destrucción de las conexiones que tienen que ver con las emociones dependen de la experiencia del bebé durante el primer año de edad. Las comunicaciones de apego inducen cambios importantes en el cerebro en desarrollo, principalmente en el hemisferio derecho, el de las emociones, que predomina durante los 2 primeros años (9).

El apego se puede definir como la regulación madre-bebé de las emociones con el objeto de conseguir una autorregulación afectiva. El perfeccionamiento de la autorregulación da lugar al desarrollo normal (9).

Los adultos que han disfrutado de una relación de apego seguro con su madre son personas más cálidas, porque su madre ha sido cálida con ellas; más estables desde el punto de vista emocional, (su madre les ha conferido estabilidad emocional); con relaciones íntimas más satisfactorias, (la relación con su madre ha sido totalmente satisfactoria); más positivas; más integradas socialmente; y tienen perspectivas coherentes de sí mismos. Porque se han activado frecuentemente (y, por tanto, han permanecido) las conexiones nerviosas de la empatía y la estabilidad emocional (10). Una buena relación de apego les aporta las armas emocionales adecuadas para una buena adaptación y relación social.

El adulto independiente ha sido un bebé totalmente dependiente y, posteriormente, un niño autónomo. Durante el primer año de vida no hay que educar a los niños, hay que cuidarlos, atender a sus necesidades.

Lactancia materna y apego seguro.

Las bases de una relación de apego seguro del bebé con su madre son: el establecimiento del vínculo afectivo madre hijo (embarazo deseado, parto respetado, contacto precoz); la preocupación maternal primaria (la atención de la madre durante los primeros meses está absolutamente centrada en su hijo, por un mecanismo de origen hormonal) y la lactancia materna a demanda (1).



Tendemos a repetir el mismo estilo de crianza que hemos recibido. Y hemos crecido en medio de una crianza de separación, que no facilita precisamente el establecimiento de una relación de apego seguro entre nuestro hijo/a y su madre o su padre. Si ha tenido lugar el vínculo afectivo entre la madre y su hijo/a, la madre tenderá a desvivirse por su hijo de forma absolutamente inconsciente e involuntaria. Eso facilitará el establecimiento de una relación de apego seguro.

Cada vez que el bebé toma el pecho, su madre segrega prolactina y oxitocina. La prolactina, además de ser la responsable de la producción de leche, hace que la madre esté más pendiente de su hijo. Y la oxitocina, que hace que la leche salga del pecho y que la madre sienta amor hacia su hijo. Y eso ocurre cada vez, varias veces al día.

La madre responde a las necesidades de su hijo ofreciéndole el pecho que es, además de alimento, refugio, protección, calor y alivio del dolor. Y lo hace a demanda de su hijo, sin esperar a que llore. Simplemente porque se esté succionando el puño o porque se acaba de despertar. Si el bebé solo quería consuelo, lo obtendrá enseguida y se quedará tranquilo. Si tenía hambre, se sentirá saciado enseguida. Si se sentía solo, obtendrá protección del abrazo cariñoso de su madre mientras mama. Una y otra vez mientras dure la lactancia, que la OMS recomienda dos o más años.

Las madres que amamantan a sus bebés son significativamente más sensibles a las necesidades de sus hijos. Y es más probable que se establezca una relación de apego seguro y menos frecuente que la que se establezca sea una relación de apego desorganizado (11)

Posición en crianza biológica. La lactancia materna es natural

Los bebés nacen con una serie de habilidades que les permiten alcanzar el pecho de su madre, abrir la boca completamente y mamar de forma eficaz. Como cualquier otro cachorro mamífero.



En 2008, Colson publicó un excelente trabajo en el que describía la posición en crianza biológica (la madre recostada con su bebé encima de ella) y los 20 reflejos que el bebé humano pone en marcha para agarrarse espontáneamente al pecho (12).

Para que un bebé pueda alcanzar el pecho de su madre por sus propios medios, la madre debe estar echada boca arriba, con la espalda algo elevada (entre 30 y 60 grados). Si se coloca a su hijo entre sus pechos, boca abajo, en contacto piel con piel, con ambos brazos al los lados de su cabeza, el bebé, por instinto, empezará a lamer y a chupar la piel del tórax de su madre, a chuparse los puños, cabeceará (levantará y bajará su cabeza repetidamente) y, poco a poco, se desplazará hacia uno de los dos pechos, girará la cabeza hacia su madre y, probablemente, se la quedará mirando durante unos minutos, embelesado, inmóvil, en alerta tranquila, relacionando el olor y el calor de su piel, el sonido de su corazón y de su voz, con la cara de su madre. Generalmente, la cabeza del bebé irá descendiendo desde la base del pecho hasta el pezón, de manera que antes de llegar a su objetivo, el bebé notará el pezón en su mejilla. Cuando eso ocurra, empezará a buscar el pezón (moverá la cabeza de lado a lado y abrirá la boca muy grande). Ante la sorpresa de la madre (y, sobre todo, de las abuelas), se agarrará al pecho sin ayuda.

Para facilitarle los movimientos del cuerpo (reptará, pataleará, empujará con las piernas, braceará), se recomienda que la madre le facilite un tope en los pies con sus manos. Así, podrá apoyar sus pies en las manos de su madre para darse impulso y moverse.

En contacto piel con piel y en posición de crianza biológica, es el bebé el que alcanza el pecho y no la madre quien mueve su pecho hasta la boca de su hijo. Una vez agarrado y mamando, la fuerza de gravedad mantiene la cabeza del bebé totalmente hundida en el pecho materno. La madre estará más cómoda porque no tiene que hacer fuerza para sostener al bebé cerca del pecho. No necesitará cojines de lactancia ni almohadones. El bebé estará colocado en bandolera: inclinado, no en posición totalmente horizontal (como se recomienda clásicamente) y, seguramente, sus pies harán tope en las piernas de su madre y no estarán en el aire. Y, claro, quedará barriga contra barriga.

Nada más colocar al bebé entre los pechos de su madre, en contacto piel con piel, podemos apreciar como gotea leche de los pezones. La piel del tórax materno es muy sensible y el contacto con su hijo estimula la producción de oxitocina.



Así, la posición en crianza biológica no sólo favorece la lactancia materna y el bienestar del bebé, sino también el establecimiento del vínculo afectivo durante el primer mes, la relación de apego seguro entre el bebé y su madre, y la crianza natural.

A medida que pasan los meses, el intercambio de miradas, caricias y gestos entre la madre y su hijo durante la toma es más intenso y variado. La leche sigue siendo el alimento más completo para su bebé, pero la importancia de la lactancia materna para madre e hijo desde el punto de vista afectivo es, si cabe, todavía más evidente.

Bibliografía

- 1.- Kennell JH, Klaus MH. Bonding: Recent Observations That Alter Perinatal Care. *Pediatr Rew* 1998; 19: 4-12.
- 2.- Porter RH: The biological significance of skin-to-skin contact and maternal odours. *Acta Paediatr* 2004; 93: 1560-1562.
- 3.- Righard L, Alade M: Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet* 1990; 336: 1105-1107.
- 4.- Asociación Española de Pediatría. Manual de Lactancia Materna. De la Teoría a la Práctica. Ed Médica Panamericana 2008. ISBN: 978-84-7903-972-1.
- 5.- Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub2.
- 6.- Odent M. El bebé es un mamífero. Ed OBSTARE. Tenerife, 2007. ISBN: 978-84-935259-1-0
- 7.- Carlson EA, Sampson MC, Sroufe LA. Implications of Attachment Theory and Research for Developmental-Behavioural Pediatrics. *J Dev Behav Pediatr* 2003; 24: 364-379.
- 8.- Winnicott D. El niño y el mundo externo. Ed Lumen 1993
- 9.- Schore A: Back to Basics: Attachment, Affect Regulation, and the Developing Right Brain. Linking Developmental Neuroscience to Pediatrics. *Pediatr Rev* 2005; 26: 204-217.
- 10.- Ress CA. Thinking about children's attachments. *Arch Dis Chil* 2005; 90: 1058-1065.
- 11.- Tharner A, Luijk M, Raat H et al. Breastfeeding and Its Relation to Maternal Sensitivity and Infant Attachment. *J Dev Behav Pediatr* 2012; 33: 396-404.
- 12.- Colson SD, Meek JH, Hawdon JM. Optimal positions for the release of primitive neonatal reflexes stimulating breastfeeding. *Early Hum Dev.* 2008; 84: 441-9.



REFLEXIONES SOBRE UN PUERPERIO SEXUALMENTE SANO.

ALICIA MARTÍNEZ MARTÍNEZ.

MATRONA. MÁSTER EN SEXUALIDAD. SERVICIO MURCIANO DE SALUD. HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA. CARTAGENA.

El valiente empoderamiento de la mujer en nuestra sociedad a lo largo de este siglo, ha supuesto que haya ido asumiendo más y mayores aspiraciones con sus consecuentes roles, sociales, laborales, familiares, etc. La variabilidad interindividual de estas pretensiones da cuenta de muchos factores: biológicos, psicológicos, sociales, educativos, medios de comunicación, oportunidades, aprendizajes, hábitat en el que vive, expectativas creadas, atribuciones a los hechos que nos ocurren, etc.

Todo ello irá posándose en lo más profundo de nosotras y germinará influyendo de manera determinante en nuestra forma de vivir y expresar nuestra sexualidad en nuestro entorno familiar, relacional y como no, con nuestras propias parejas.

Así, la decisión de una mujer joven en edad reproductiva, que se plantee la maternidad, obedece a múltiples razones: una aspiración más en su vida, una forma de ejercer su capacidad de reproducirse y dar y/o recibir amor, por permitirse crear vida, formar una familia y disfrutar de la maternidad, por reforzar los lazos afectivos con su pareja complaciéndole y a su vez sintiéndose querida, por miedo a ser juzgada social y/o familiarmente, por presión cronológica... **En definitiva, cualquiera de estas razones lo que le va a permitir es desarrollar su rol de madre.** Una tarea que puede resultar muy difícil pese al instinto innato que pueda o no despertarse en nosotras, sino contamos con sólidos recursos, tanto los de nuestra propia experiencia, como los que nos pueden aportar otras personas.

Ahora bien, en la vorágine actual en la que todas estamos inmersas, donde cada día se nos exige ser mejores trabajadoras, amigas, madres, hijas, nueras, amantes ¿cómo combinar este nuevo rol maternal con el resto?, ¿cómo expresar nuestra sexualidad tras el parto? ¿dónde quedó nuestra libido? ¿cómo volver a despertar nuestro deseo sexual? ¿qué ocurre cuando las expectativas creadas no coinciden con la realidad de un recién nacido en



nuestra vida? ¿Cómo volver a reorganizar la vida personal y en pareja? ¿dónde quedó mi YO de antes de ser madre?...

La bibliografía consultada, así como nuestra experiencia profesional demuestran que pueden surgir alteraciones, disfunciones y trastornos en el puerperio. La aparición de sentimientos tan negativos y contrariados como: frustración, amargura, agotamiento, no identificación con nosotras mismas y con nuestros cuerpos, incomprensión, tristeza, **rechazo de la lactancia, rechazo al bebe, rechazo a la pareja,... pueden desencadenar** trastornos afectivos y emocionales que en ocasiones desembocan en el desarrollo de patologías. Además esta difícil y excepcional situación, puede ser vivida con asombro, incomprensión e impotencia por parte de nuestra pareja, lo que genera preocupaciones, creencias y sentimientos que pueden alterar la vida personal y familiar.

¿Cómo reencontrarnos con la pareja y con nosotras mismas?.... Durante esta breve exposición vamos a tratar de reflexionar sobre algunas de estas cuestiones más relevantes, sobretodo de aquellas que afectan de forma acuciante e inesperada a la sexualidad de la mujer tras su parto, con la intención de despertar en nosotros respuestas que nos permitan vivir un puerperio sexualmente saludable. Nos interrogaremos y bucaremos sin miedo en nuestra propia sexualidad pobre en feminidad y plagada de dudas, creencias, sentimientos, urgencia y una rígida lógica.



CON-CIENCIA Y CON-TACTO.

RITA GRIESCHE

TERAPEUTA Y PROFESORA DE SHIATSU. DIRECTORA DE SHIATSU LEVANTE. ESCUELA REGISTRADA DE LA APSE Y FES.

He aprendido el Shiatsu en Inglaterra y Japón y con maestros internacionales. He practicado y enseñado en Inglaterra, Alemania y España. Trabajo como terapeuta y como docente en la Formación Profesional de Shiatsu más de 25 años. Me dedico a mujeres embarazadas, a parejas con problemas de fertilidad, a madres con bebés y a niños y jóvenes; hay cada vez más necesidad de este tipo de contacto. (<http://www.shiatsu-esf.org/spanish/spanish.pdf>. 2007)

El Shiatsu para adultos es una profesión establecida en algunos países europeos (Alemania, Austria); así por ejemplo, en Suiza está integrado en la Seguridad Social.

El proyecto pan-Europeo CAMbrella está investigando las medicinas complementarias y alternativas y va a presentar sus resultados en 2013 ante la UE para poder conseguir más aceptación y regulación.

El Shiatsu para bebés y niños es relativamente nuevo y se ha expandido rápidamente en Europa y EEUU en los últimos 20 años. La formación en Shiatsu para las matronas es un nuevo campo para su trabajo y ofrece además un desarrollo personal con una conciencia en dirección de la prevención.

¿Qué es el Shiatsu y como funciona?

El Shiatsu viene de Japón y se ha expandido y evolucionado en Occidente desde los años 70.

"El Shiatsu es una técnica en la que utilizando los dedos y palma de la mano se aplican presiones sobre la superficie del cuerpo con el fin de corregir desequilibrios del cuerpo, mantener y promover la salud. También es un método que contribuye a la curación de enfermedades específicas". - Departamento Japonés Médico del Ministerio de Bienestar Social (actual Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar Social) diciembre de 1957.



La FES (Federación Europea de Shiatsu) y la ISN (International Shiatsu Network) han establecido una definición conjunta para el shiatsu: *"Shiatsu es una terapia natural autónoma para el cuidado de la salud nacida en Japón bajo la influencia de la sabiduría China y los más recientes conocimientos occidentales. Sus raíces teóricas y prácticas provienen de la filosofía y de las antiguas tradiciones orientales de curación y en la concepción holística de la vida y la salud basada en ellas. El objetivo del shiatsu es estimular y apoyar los procesos naturales de autocuración, de bienestar y crecimiento personal, y mantener la salud buscando el equilibrio del sistema energético de la persona. El tratamiento se basa en la aplicación de presión, trabajo energético y físico sobre los canales (meridianos) y sobre puntos para equilibrar la circulación de la energía del cuerpo (Ki o Chi). Es un método autoregulado para cuidar y promover la salud, sustenta el desarrollo de un nuevo planteamiento holístico de la salud en Europa".* ISN, 20.11.2007

Los conceptos básicos del shiatsu como terapia están basados en la Medicina Tradicional China como la acupuntura con más de 4000 años de historia. El ser humano se contempla como lleno de energía vital, cuya fluir constante por los llamados canales energéticos (meridianos) mantienen las funciones orgánicas, fisiológicas y mentales. Nuestra energía vital está en constante intercambio con el entorno mediante la respiración, la alimentación y la recepción de sensaciones, lo cual asegura nuestra adaptación al medio. La acupuntura utiliza agujas para activar la energía vital del cuerpo en puntos específicos. El Shiatsu, sin embargo, utiliza el conTacto, una de las herramientas de la comunicación más poderosas del ser humano. Sin embargo, el Shiatsu no es masaje.

También es fundamental reconocer la importancia concedida al Hara o zona situada debajo del ombligo, como centro energético del ser humano. "Moverse desde el hara" resulta fundamental para el practicante de shiatsu, por cuanto significa, no sólo físicamente, "moverse y actuar desde su centro".

Se considera la relación entre practicante y paciente no sólo desde el punto de vista terapéutico o de curación de síntomas, sino algo que va mas allá. En una sesión de shiatsu se establecen conTacto en la trayectoria vital de dos personas, la que da y la que recibe.



Hay un conTacto físico, pero también algo más. Este conTacto influye no sólo en la persona que recibe sino también en la que da. El modo, la intensidad y la calidad del conTacto que tiene lugar en cada sesión es, por decirlo así, "personal e intransferible". De esta forma, no se pretende curar en sentido estricto sino, mas bien, crear un contexto en que la experiencia del conTacto entre dos personas pueda ser significativa para ambas. Se puede comparar la práctica de este conTacto con dos instrumentos que quieren crear armonía para conseguir una resonancia. Cuando hay resonancia hay bienestar, se produce una mejoría en la salud y un cambio en la conCiencia.

En definitivo, el Shiatsu es una práctica del conTacto con la que abriremos un espacio de conCiencia para alcanzar la reconexión con el SER interior. Ésta la hemos ido perdiendo a lo largo de los años, alejándonos del contacto con nuestra verdadera Esencia. El poder sanador de Sentir activa la sabiduría intrínseca que habita dentro de cada un@ de nosotr@s y libera las estructuras rígidas que nos encierran en las normas y creencias de nuestra sociedad. Por esta razón el Shiatsu es muy efectivo como terapia de prevención.

La importancia del Shiatsu para el embarazo y para los bebés

La filosofía Zen del Oriente, a la que pertenece el Shiatsu, dice que se debe aceptar a los niños tal y como son: como individuos que tienen que andar su camino en esta vida.

Padres relajados también tienen hijos relajados. Así, los pequeños desarrollan desde su experiencia intrauterina y desde su infancia la seguridad que les va a ayudar cuando sean mayores. Las experiencias durante el embarazo y el primer año son muy importantes para conseguir esta seguridad. Madres sometidas al estrés y a la ansiedad durante el embarazo pueden tener hijos con síntomas de ansiedad, estrés emocional y el conocido trastorno por déficit de atención con hiperactividad:

(<http://www.rtve.es/television/20120229/educacion-emocional-desde-uteromaterno/502667.shtml>).

El Shiatsu es una disciplina que puede ayudar mucho en la prevención de estos problemas, es fácil de aprender y ayuda a crear una base firme en la seguridad propia.



El Shiatsu es un conTacto con conCiencia. El Shiatsu no es sólo un masaje, sino un trabajo energético, por ello se debe diferenciar entre un Shiatsu relajante y un tratamiento de Shiatsu. La diferencia es que un profesional de Shiatsu hace un diagnóstico en el abdomen (Hara) y aplica un tratamiento personalizado. Sin embargo, un Shiatsu relajante es una kata (una secuencia rutinaria).

Los padres pueden aprender diferentes katas para acompañar a su bebe en su desarrollo motor y neurológico, y para establecer una comunicación autentica a todos los niveles con su hijo.

Particularmente bebes y niños responden muy positivamente a esta forma de conTacto y los beneficios son muchos y profundos. El desarrollo del niño, su confianza en el mundo y su autoestima se basa en sus experiencias vividas durante su embarazo y primer año de vida. Cuando un bebe se siente seguro, acogido, querido, percibido y apoyado, hay una base firme. El Shiatsu responde a estos deseos y necesidades del bebe y acompaña su desarrollo a todos los niveles. Los padres que utilizan el Shiatsu con sus hijos le transmiten seguridad y confianza fortaleciendo el vínculo. Además, el Shiatsu puede ayudar con problemas digestivos, con dolores del estómago, con problemas de sueño, con los miedos, pesadillas, resfriados y dientes.

El contacto suave con la presión con los dedos ayuda a que el bebe se perciba mejor a sí mismo y aprenda temprano a distinguir entre sí mismo y el mundo exterior. El Shiatsu apoya el desarrollo motor y fortalece una buena postura. Desde la visión occidental, el Shiatsu ayuda al bebe a asimilar estímulos, a manejar mejor el contacto y a practicar mejor sus sentidos de tacto e equilibrio.

El Shiatsu no solo ayuda con el aparato motor, sino que provoca a través del trabajo energético con los meridianos mejores conexiones neurológicas y así un mejor desarrollo.

Para los padres el Shiatsu es una oportunidad inmensa para conectar con su bebe profundamente. Como efecto secundario, hacer el Shiatsu relaja también más a los padres.



Un proverbio chino dice "Cuando llora el niño, trata la madre". Los síntomas que expresa el bebe, son muchas veces un espejo de un malestar en la madre o en el entorno familiar. Por esta razón, tratando a la madre, ayuda al bebe.

Una inversión en la prevención **es un nuevo camino, un camino "desde de la raíz", para un futuro más sano y feliz, porque "Cuando la madre esta bién, el bebe también!"**

"Encontrar el centro" - El Shiatsu para bebes de 0-3 meses

Hay 12 meridianos en el cuerpo que se desarrollan en 3 grupos durante el primer año del bebe: 4 meridianos forman un grupo y hay 3 familias: la "anterior", la "posterior" y la "lateral". Cada "familia" de meridianos coincide con una fase de desarrollo. Resumimos aquí la "familia anterior":

La "familia anterior" son los meridianos del Estómago, Bazo, Intestino Grueso y Pulmones y corresponde a los tres primeros meses. Es la familia de meridianos que ayuda al bebe encontrar el centro, hacer movimientos concretos, desarrollar seguridad en la sobrevivencia, encontrar límites propios, autoestima, autovalor, seguridad en el vínculo (capacidad y desarrollo), soltar, respeto, capacidad de aprender, tener punto de vista propio, rechazo táctil, la piel como órgano de contacto y límite, sistemas de sentidos: tacto-olor-sabor.

Se trabaja los meridianos del Estómago y Bazo en el pecho, abdomen, brazos y piernas, trabajando siempre hacia abajo, con una atención específica en el punto # Est 36: este punto estimula el sistema inmunológico y digestivo; un punto milagroso para un bebe sobrecansado e inquieto.

Shiatsu hacia abajo en los meridianos del Pulmón e Intestino Grueso. Ofrecer límites alrededor de los hombros y observar. ¿El bebe mueve sus brazos en dirección al centro? En Japón se hace Shiatsu con las manos cuando el bebe está inquieto y nervioso. El punto #IG 4 fortalece el organismo. El Shiatsu a los dedos de las manos estimula los órganos internos y fortalece el sistema inmunológico.



Puntos o "Tsubos" importantes

MC 8 - "Palacio de la ansiedad"; # Est 36 - para toda la zona del abdomen, fortalece el sistema inmunológico y digestivo, fantástico para gases, calma y un punto milagroso para un bebe sobrecansado e inquieto; # B 6 - punto mayor para fortalecer el sistema inmunológico; # P 1 - "Puerta de nubes"-para tos y problemas respiratorios; # IG 4 - "Gran eliminador"-fortalece el cuerpo y ayuda con problemas de eliminación. Un buen punto cuando salen dientes. Un punto para el dolor en general; # R 1 - para cansancio, miedo.



LA PSICOANALGESIA MATERNO-FETAL Y SU APLICACIÓN AL PROCESO DEL NACIMIENTO.

M^a ÁNGELES FERNÁNDEZ MARTÍNEZ.

MATRONA. SECRETARIA DE LA FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE MATRONAS DE ESPAÑA. PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN ANDALUZA DE MATRONAS. PRESIDENTA DE LA SUBCOMISIÓN DE DOCENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALME (SEVILLA)

CARMEN DELGADO GASCÓN.

ENFERMERA ESPECIALIZADA EN SALUD MENTAL Y NOESITERAPEUTA. DOCENTE EN EL DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN DEL H. UNIVERSITARIO DE VALME Y VIRGEN DEL ROCÍO DE SEVILLA.

La psiconeuroinmunología, es una ciencia que estudia la manera en la que nuestros pensamientos, sentimientos, palabras y actitudes, influyen fundamentalmente en nuestro sistema inmunológico, sistema endocrino y sistema nervioso central, generando cambios biológicos y bioquímicos en nuestro organismo.

Cuando conscientemente generamos una **emocionalidad positiva**, centrada en sentimientos de amor, alegría, confianza, amistad, ilusión etc. potenciamos y fortalecemos nuestro sistema inmunológico, equilibramos nuestro sistema hormonal y optimizamos nuestro sistema cardiovascular. En definitiva: **reforzamos nuestra salud**.

Al contrario si nuestra atención se centra en estados emocionales negativos de forma prolongada, como sentirnos culpables, enfadados, temerosos, angustiados y estresados, nuestro sistema inmunológico se debilita y nuestro organismo genera una bioquímica depresora y toxica que nos hace más vulnerables a la enfermedad.

La psiconeuroinmunología, respaldada por investigadores de primera fila como los Drs. Carl Simonton, Robert Ader, Stanley Krippner, Bruce Lipton, entre otros, nos hacen reflexionar y tomar conciencia de lo importante que son nuestras creencias y nuestros estados emocionales para mantenernos en un estado de salud óptimo y tener un papel mucho más activo en nuestra vida, aprendiendo a gestionar con sabiduría nuestros recursos internos de sanación y de recuperación.



En esta misma línea encontramos otros pioneros en la rama de la psicología pre y perinatal, David Chamberlain que dice en su libro "La mente del bebe recién nacido: una nueva dimensión de la conciencia humana a través de la experiencia del nacimiento: "La verdad es que muchas de las creencias que albergamos sobre los bebés son falsas. No son seres sencillos, sino complejas criaturas sin edad con una asombrosa cantidad de pensamientos" (Chamberlain, 1.998). Desde este punto de vista el Dr. Peter W. Nathanielsz escribió: " La calidad de la vida en el útero, nuestro hogar temporal antes de nacer, establece nuestra susceptibilidad a las enfermedades coronarias, a los infartos, a la diabetes, a la obesidad y a otras muchas enfermedades durante la vida posterior"

Desde este nuevo paradigma, creemos que es importante que la mujer embarazada tome conciencia de cómo son sus patrones psicológicos y emocionales y reconozcan aquellas creencias limitadoras o dañinas que forman parte de ella a nivel inconsciente como por ejemplo " y parirás con dolor". Estos pensamientos negativos relacionados con el embarazo y parto están condicionando a la madre a atraer experiencias difíciles, sentirse impotente y pasiva, temerosa y angustiada ante una experiencia tan maravillosa como es la de ser madre. Por ello nos hemos planteado integrar en nuestro trabajo la NOESITERAPIA como una técnica que nos permita utilizar el poder del pensamiento con fines terapéuticos en el proceso del embarazo y del nacimiento.

La Noesiterapia es una escuela humanística dentro de la medicina y significa CURACIÓN POR EL PENSAMIENTO.

NOESIS : Acción de pensar y TERAPIA: curación

Su creador, el Dr. Angel Escudero Juan, es cirujano angiólogo y opera a sus pacientes con analgesia psicológica, o también llamada psicoanalgesia volitiva porque interviene la voluntad del propio paciente para inducirla.

Con esta técnica fácil de utilizar, las personas pueden llegar a conseguir una analgesia psicológica que les permite estar conscientes, lucidos y libres en la mesa de operaciones. (Ej. pueden comer si le apetece o incluso hablar por teléfono si fuese necesario).

La técnica se basa fundamentalmente en crear una Respuesta Biológica Positiva (R. B. P.) donde la persona aprende a **pensar y hablar en presente y positivo** de forma



consciente hasta incorporarlo y hacerlo de forma inconsciente en su vida cotidiana, generando nuevas experiencias a nivel neuronal y bioquímico.

Cuando enseñamos a la persona a dirigir su atención hacia la SALUD le ofrecemos un lenguaje activo, haciéndole saber cómo el poder de sus palabras ejercen un cambio en sus vidas. Aprenden a *pedir lo que necesitan* y lo que desean experimentar ,utilizando palabras como: *Necesito, tengo, puedo, soy capaz..* en lugar de: no quiero, no tengo, no puedo o no soy capaz. Este lenguaje no permite que la mente tenga una idea clara y precisa de lo que el cuerpo necesita manifestar.

Si cambiamos el **"No quiero que me duela"** por: "necesito que mi cuerpo esté tranquilo, relajado, descansado"...O por "Si quiero curarme", "Si puedo sentirme cada día mejor"... La palabra SI abre la mente y el corazón a nuevas posibilidades.

La noesiterapia nos permite vivir desde una Respuesta Biológica Positiva y poner en marcha los mecanismos naturales de curación y los cambios positivos correspondientes:

- Boca llena de saliva
- Autocontrol del dolor
- Regulación del ritmo cardíaco
- Normotensión
- Relajación muscular
- Mejor hemostasia
- Mejor cicatrización de las heridas
- Aumento de las defensas
- Estado interno de serenidad y paz interior
- Actitud de confianza y autocontrol
- Capacidad de estar en el presente(evitando pensamientos y sentimientos de preocupación de un futuro incierto)
- Actitud de colaboración y participación de la mujer embarazada con el equipo sanitario que la atiende.



Cuando y como utilizar la Psicoanalgesia Materno-Fetal en la Gestante.

Tenemos que tener en cuenta que el embarazo es una situación única en la vida de una mujer y que desea vivirla de forma positiva disfrutando del mismo en cada momento. Igualmente el parto. Por eso consideramos que la noesiterapia ayudaría a muchas mujeres a conseguir una vivencia satisfactoria del embarazo y parto, tener un mayor autocontrol y confianza en si misma, fomentando la responsabilidad, independencia y colaboración con el equipo que la atiende teniendo todo esto repercusiones positivas para el bebe.

Es conveniente dar a conocer esta metodología a la gestante lo antes posible para que se familiarice y practique durante todo el embarazo y puedan aplicarla en el momento del nacimiento. Aunque si esta formación no es posible impartirla durante la gestación, puede ser realizada en el momento del parto.

En una sola sesión, la gestante aprende a programar la anestesia psicológica, comprobando por si misma la eficacia de la misma.

Es prioritario que las personas que van a trabajar con esta filosofía reciban una preparación previa para adquirir los conocimientos, fomentar las habilidades y además conseguir un cambio en sus actitudes.

Para ello, en Andalucía se ha puesto en marcha a través de la Asociación Andaluza de Matronas un programa formativo que capacita a las matronas a realizar esta técnica como una alternativa más a la epidural, aunque también podemos utilizarla como una metodología complementaria.

Durante el año pasado, en distintas provincias se han realizado 5 talleres de 16 horas de duración cada uno formándose en ellos 100 Matronas y Residentes. Esto ha dado lugar a la puesta en marcha de esta técnica por algunos de los profesionales instruidos aumentando su cartera de servicio y beneficiando a las Mujeres.

Sabemos que esta técnica, fácil de realizar y económica, no está exenta de dificultades. Estas dificultades están directamente relacionadas con la resistencia que tenemos a lo nuevo y a lo desconocido, y los cambios que ello supone dentro de nuestra profesión.



Sin embargo dado los beneficios que aporta a las mamás y a sus bebés, consideramos importante la incorporación de la misma dentro del programa de salud para embarazadas. Otra dificultad que nos encontramos es la escasez de estudios que aporten datos clínicos para la puesta en marcha de la misma. Existen estudios realizados en otra disciplina, como la cirugía, sin embargo no hemos encontrado nada relacionado con el proceso del nacimiento.

Para la realización de la técnica insistimos en dos intervenciones fundamentales:

La primera intervención es inducir una Respuesta Biológica Positiva; para ello le diremos a la mujer que llene la boca de saliva, abundante y fluida (que mueva la lengua y la deslice por dentro y por fuera de los labios) para activar el Sistema Nervioso Parasimpático (SNP). y reducir la actividad del Sistema Nervioso Simpático (SNS) y liberar al cuerpo de una respuesta negativa como el estrés y el miedo.

La segunda intervención se inicia cuando la mujer nos confirma que su boca ya está llena de saliva. Ahora le diremos que piense y repita con nosotros en PRESENTE Y POSITIVO el bien que busca para que su cerebro mande la orden a su cuerpo y se cumpla de inmediato.

Estos dos mecanismos: el tener la boca llena de saliva y el pensar en presente y positivo activan en nuestro cerebro la liberación en el torrente sanguíneo de varios neuropéptidos, entre ellos las endorfinas, encefalinas, serotonina y oxitocina, que contribuyen a activar la psicoanalgesia.

Si queremos que las gestantes aprendan a utilizar mejor el poder de sus pensamientos, emociones y actitudes, tenemos que ofrecerle recursos internos de autosanación como la Noesiterapia, acompañadas de técnicas de relajación y de visualización creativa que les permita desarrollarse como personas integrales, independientes, responsables y valiosas.

Estas técnicas de interiorización permiten que la mujer sea más consciente de su embarazo y de sus necesidades y de aceptar de forma más positiva todos los cambios físicos, psíquicos y emocionales que conlleva su estado de gestación.

Por ello podemos concluir diciendo, que el verdadero cambio se produce cuando somos capaces de modificar nuestra visión, nuestra perspectiva y así modificar nuestras experiencias y nuestra realidad.



O dicho de otra forma: *"No vemos el mundo como es, sino tal como somos"*

Bibliografía

Smith C, Levett K, Collins C, Crowther C.

Técnicas de relajación para el control del dolor durante el trabajo de parto

(Revision Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews

2011 Issue 12. Art. No.: CD009514. DOI: 10.1002/14651858.CD009514

Psiconeuroinmunología del estrés en la prevención de complicaciones perinatales.

Ader, Robert(ed.) psychoneuroimmunology, Nueva York, academic Press. 1.981

La biología de las creencias. Dr Bruce Lipton

La voluntad vence al dolor (Artes graficas Vincent)

La salud para toda la vida se gesta en el utero. Diario de la Salud en Mejico. Dr. PeterW. Nathanielsz

Tiempo para nacer. Dr. Peter W. Nathanielsz.

Tu mente puede curarte. La acción del espíritu y la mente sobre las enfermedades.- Dra. Joan Borysenko y Dr. Miroslav Borysenko (EDAF)

Curación Emocional.- Dr. David Servan-Schreiber, psiquiatra y director del Centro de medicina complementaria de la Universidad de Pittsburg (Ensayo)



Sesión Plenaria 4

Innovando en la práctica diaria.



EMBARAZO NORMAL: ACOMPAÑAMIENTO VERSUS CONTROL.

MARGALIDA ALOMAR CASTELL.

MATRONA. CENTRO DE SALUD CAN PASTILLA. PALMA DE MALLORCA. VICEPRESIDENTA DE LA ASSOCIACIÓ BALEAR DE COMARES.

Consideraciones

El "control" del embarazo en nuestro entorno, durante mucho tiempo, se ha realizado en las consultas de obstetricia y bajo la responsabilidad de personal médico; este modelo de atención se ha caracterizado por tener poco en cuenta la fisiología del embarazo y por una excesiva medicalización del proceso.

La necesidad de un cambio en la atención al embarazo surge, entre otras cosas, al disponer de mayor conocimiento de cómo puede influir la "intensidad" de los cuidados prenatales sobre la salud materna y perinatal.

Al igual que hace unos años la Estrategia de atención al parto normal del Sistema Nacional de Salud (EAPN) fue clave para impulsar cambios en la atención al parto, la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR) con el fin de favorecer la desmedicalización del proceso reproductivo plantea como objetivo general:

*"Ofrecer una atención global, continuada, integral y de calidad al proceso reproductivo en el Sistema Nacional de Salud, basada en el mejor conocimiento disponible, centrada en las necesidades y circunstancias de las personas usuarias, y orientada a promover una vivencia humana, íntima y satisfactoria para las mujeres, sus parejas, bebés y familia."*¹

Y nos marca una línea estratégica a seguir:

*"El cuidado de las mujeres embarazadas difiere sensiblemente de otros procedimientos médicos ya que está dirigido a la población sana durante un proceso fisiológico importante y trascendente en la vida de las mujeres, sus parejas, criaturas y familias. Por ello, el **respeto a la evolución natural del embarazo** debe presidir toda la atención sanitaria y **cualquier intervención debe ser valorada para ser aplicada sólo si ha demostrado beneficio y está de acuerdo con las necesidades y deseos de cada mujer**. Se trata de **ofrecer una atención** de excelencia, científica, **personalizada, que contemple la identificación de riesgos psicosociales y necesidades específicas, que contribuya a capacitar a las mujeres para tomar decisiones informadas**, a mejorar su conocimiento acerca del proceso, y a proporcionar preparación maternal y paternal, ofreciendo apoyo continuado y por profesionales expertos. Existe considerable evidencia sobre los cuidados prenatales que permiten elaborar recomendaciones e identificar aquellas cuestiones que requieren nuevas investigaciones. Existe evidencia (basada en investigaciones, ensayos clínicos y buenas prácticas) para evitar la realización de una serie de pruebas y prácticas clínicas que han demostrado ser ineficaces e incluso perjudiciales para la salud física y psíquica de madres y criaturas."*¹

La guía NICE (NICE 2008) recomienda respecto a qué profesionales deben prestar los cuidados prenatales, un modelo de cuidados coordinado por matronas y médicos de familia en mujeres con un embarazo sin complicaciones ya que no aumenta el riesgo de sufrir resultados negativos maternos o perinatales [A]. Además recomienda que la atención prenatal debe ser proporcionada por un pequeño grupo de cuidadores con los que la mujer se siente cómoda. Debe haber continuidad de la atención durante el período prenatal [A]².



La guía del NICE basó sus recomendaciones en una RS Cochrane que evaluó la eficacia y la percepción de la atención prenatal dependiendo del profesional sanitario que prestaba dicha atención prenatal (Villar 2001) ³. La RS comparó un modelo en el que la atención era coordinada por matronas y médicos de familia frente a un modelo en la que la atención prenatal la coordinaban el obstetra o el ginecólogo.

Actualmente en muchos sistemas de salud de las diferentes comunidades autónomas (CCAA) somos los y las matronas compartiendo el trabajo con el personal de obstetricia, quienes atendemos el embarazo normal.

Aunque existe gran variabilidad entre protocolos la figura de la matrona está presente con mayor o menor peso específico lo que nos sitúa en un lugar de excepción para alcanzar los objetivos que nos propone la ENSSR.

Los y las matronas somos profesionales altamente cualificados para alcanzar estos objetivos que se nos plantean aunque, en mi opinión, se hace necesaria una reflexión de cómo debemos enfocar el seguimiento del embarazo normal.

ACOMPANAMIENTO VERSUS CONTROL

La propuesta de esta ponencia es recuperar un modelo de atención de Matronería centrado en la mujer y basado en el acompañamiento; con la premisa de que el embarazo y el parto son acontecimientos normales de la vida y con el objetivo de simplificar y desmedicalizar el seguimiento del embarazo sin complicaciones a través de la información y la formación.

Otra manera de hacer las cosas que nos acerque más a las mujeres, sus parejas y sus familias, acompañando todo el proceso, respetando sus necesidades individuales, sin juicios, con una actitud abierta, flexible enfocada en potenciar el poder de la mujer para tomar decisiones sobre su propio cuidado y el de su criatura.

"Acompañar es intuir la carencia del otro: es cuidar, proteger, sin molestar o dañar"

"Simplemente estar ahí, presente, al lado de quien te necesita"

No se trata únicamente de una cuestión de concepto sino que implica "intención", una actitud y comportamientos concretos que deben estar presentes en nuestra práctica diaria. Eliminar las rutinas que puedan ser perjudiciales o no proporcionen ningún beneficio como por ejemplo el control de ganancia ponderal sistemático e indiscriminado a todas las mujeres, exploraciones vaginales innecesarias; cuidar la manera en que se transmite la información sobre las diferentes pruebas diagnósticas con el fin de reducir la ansiedad y los posibles efectos nocebo; estar atentos y atentas al estado emocional de la mujer embarazada y mantener actualizadas las recomendaciones sobre su cuidado.

"La atención de matronería se desarrolla conjuntamente con la mujer y es un cuidado personal, continuo y no autoritario"⁴

Cuidados centrados en la mujer

Las mujeres, sus parejas y sus familias siempre deben ser tratadas con amabilidad, respeto y dignidad.

Los puntos de vista, creencias y valores de la mujer, su pareja y su familia en relación con su atención y la de su criatura deben ser respetados en todo momento.



Proporcionar información fidedigna y actualizada que permita a las mujeres tomar decisiones informadas, y facilitarles apoyo continuado y experto.

Las visitas, las pruebas y los procedimientos deben estar basados en la evidencia científica y deben contar con la opinión y el deseo de cada mujer en cuanto a aplicarlos.

Informar por escrito sobre el contenido de cada visita y comentar las diferentes opciones.

Personalizar los cuidados teniendo en cuenta los aspectos psicosociales. ²

Referencias bibliográficas

1.- Estrategia nacional de salud sexual y reproductiva [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>

2. - *NICE clinical guideline 62: antenatal care - routine care for the healthy pregnant woman* [Internet]. Londres (Reino Unido): National Institute for Health and Clinical Excellence; 2008. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG62fullguideline.pdf>

3. - Villar J., Carroli G., Khan Neelofur D., Piaggio G., Gülmezoglu M. Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo. *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas* 2001, Issue 4. No.: CD000934. DOI: 10.1002/14651858.CD000934

4.- La filosofía y el modelo de atención de la partería. Confederación Internacional de Matronas. Disponible en: <http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/2010/Core%20docs%202010/8.%20LA%20OFILOSOF%C3%8DA%20Y%20EL%20MODELO%20DE%20ATENCI%C3%93N%20DE%20LA%20PARTER%C3%8DA%20SPA-2005%20New%20Logo.pdf>



ECOGRAFÍA PARA MATRONAS.

LUCY ELLIS.

MATRONA DE PRIMARIA Y COMUNITARIA. MATRONA ESPECIALISTA EN ECOGRAFÍA.
LONDRES.

El objetivo principal de este artículo es presentar el papel y la responsabilidad de la matrona ecografista basado en nuestra experiencia personal en una localización y contexto específico. Consideraremos el significado profesional y político de esta nueva competencia, así como la práctica clínica y el valor de esta actividad sobre los resultados del cuidado a los clientes.

Desafíos, conflictos y reflexiones sobre el rol extendido de las matronas en la realización de ecografías serán puestas para discusión al examinar las repercusiones que ésta actividad conlleva para la práctica clínica, la provisión de servicios sanitarios en maternidad y para la propia profesión de matronas en España.

Antecedentes

El uso de ultrasonidos en obstetricia se remonta a los años 50 (WOO, 2008). En los sesenta hubo un incremento en la investigación y popularidad de las aplicaciones de los ultrasonidos en obstetricia y se convirtió en una práctica generalizada a partir de los ochenta (RCOG, 1984; WHO, 1998). Hasta que el Consejo Central del Reino Unido (UKCC, 1992) reconoció la ecografía obstétrica como parte del rol ampliado de la matrona, las ecografías obstétricas eran realizadas por radiólogos en los servicios de control prenatal (Lovegrove y Price, 2002; RCOG, 1984).

Las estrategias dentro del departamento de salud (1999; 2000; 2008a) para mejorar líneas de trabajo y fortalecer la enfermería, la matronería y la enfermería comunitaria, contribuyeron a dar ímpetu a la posición del UKCC. Esto derivó en el mayor desarrollo de la profesión de matronas y en la ampliación de su rol para incluir la ecografía obstétrica. A esto hay que añadir que la falta de ecografistas en muchas áreas de salud a nivel nacional trajo consigo grandes problemas a la hora de responder a la cada vez mayor demanda de los servicios de obstetricia, enfatizando la necesidad de dar respuesta a las estrategias nacionales de servicios de calidad en el sistema nacional de salud (NHS).



Hace 3 años, habían unas 197 matronas ecografistas en el país (Eduards, 2009). Al no existir un registro central, es difícil determinar el número exacto. No todas estas matronas ecografistas están oficialmente formadas ni todas tienen titulación de postgrado.

Formación en ultrasonidos

La formación en ultrasonidos es adicional a la propia formación como matronas. Es decir, no es necesario esta formación para trabajar como matronas. Sin embargo si una matrona elige ampliar sus competencias en ultrasonidos necesita realizar este programa de formación. La matrona será formada en el uso de ecografía basadas en el Doppler.

Esta formación provee a la matrona con el conocimiento y las habilidades técnicas necesarias para el trabajo con ecógrafos. La formación capacita a las matronas para realizar un diagnóstico adecuado y para tomar las decisiones clínicas apropiadas. Además de esto, la formación desarrolla el pensamiento crítico, así como las habilidades analíticas y reflexivas.

La matrona especialista en ecografía obstétrica tiene la responsabilidad de mantener sus habilidades y conocimientos al día a través de formación continuada en ultrasonidos y ecografías, y con la asistencia a congresos como éste.

Mi viaje hacia matrona ecografista

Debido al incremento de la natalidad de nuestra área de salud, la falta de ecografistas en Londres y la iniciativa del Ministerio de Sanidad a este respecto, El jefe de Servicio de Matronas de nuestra área ofreció financiación a aquellas matronas interesadas en la formación como especialistas en ultrasonidos. Un colega y yo respondimos a la oferta realizada y conseguimos una plaza para este curso de formación en la Universidad de South Bank en Londres. EL curso duró 18 meses a tiempo parcial. Obtuvimos un título de postgrado en Ecografía Clínica (Ginecológica y Obstétrica) y entramos en el registro de miembros de la Sociedad Británica de Ecografía Médica.

Una nueva unidad de ecografía fue inaugurada en la unidad de maternidad. Inicialmente, nuestra responsabilidad era realizar ecografías del primer trimestre incluyendo la medición del pliegue nucal. Posteriormente también asumimos las ecografías de anormalidad y



control crecimiento fetal así como aquellas para determinar la presentación fetal. Informar estas ecografías también era responsabilidad nuestra.

Mi práctica diaria como matrona ecografista

Primer Trimestre

Ecografías destinadas a:

- Establecer la edad gestacional precisa, número de fetos y viabilidad
- Descartar cualquier anomalía pélvica, incluidas complicaciones tempranas
- Determinar la edad fetal utilizando medidas de CRL

Segundo Trimestre:

- Screening fetal de cabeza a pies en la semana 18-22 para descartar patologías como espina bífida, paladar hendido o labio leporino, defectos de pared abdominal, anencefalia, hidrocefalia y anomalías cardíacas.
- Las medidas que se toman incluyen el diámetro biparietal, circunferencia cefálica y abdominal, y longitud del fémur.
- En esos momentos del embarazo los padres están deseando ver a su bebé y normalmente preguntan por el sexo del mismo. Se les ofrece a los padres comprar una fotografía de su bebé por 6 libras cada copia. Lo bueno de esto es que ver la imagen de su bebé contribuye sin lugar a dudas a la formación del vínculo.

Tercer Trimestre

Controlar el crecimiento fetal en embarazos de alto riesgo o si hay sospechas de CIR o macrosomía.

- Estimación del peso fetal y descartar placenta previa
- Estudios de Doppler que se realizan para monitorizar el bienestar fetal. Se hacen utilizando mediciones fetales en la arteria umbilical y las arterias cerebrales medias. La disminución del flujo en la fase diastólica del ciclo cardíaco se asocia con compromiso fetal que sugiere parto inminente o temprano.



Ámbitos de Práctica

El rol de la matrona ecografista es aquel de un especialista avanzado que realiza, interpreta, diagnostica y graba imágenes. También es responsabilidad suya el asesoramiento e información de la mujer tras unos resultados ecográficos anormales, así como prestar el apoyo necesario que les permita a la mujer y su pareja tomar una decisión informada con respecto a los resultados de su embarazo. En su práctica la matrona ecografista sigue los protocolos establecidos por su área de salud, por NICE y NMC. Tratan con sensibilidad la información que proporcionan a sus clientes. La confidencialidad es también garantizada. Un aspecto significativo del cuidado que se presta es el minimizar la exposición al calor durante la obtención de la información, con el objetivo de proteger la salud del cliente y su bebé.

Valor percibido

Este Servicio ha proporcionado continuidad de cuidados para la mujer embarazada, siendo la matrona quien proporciona estos cuidados de calidad, y a la vez satisfacción laboral para la matrona. La evidencia científica sugiere que de esta forma se proporciona un servicio más holístico y eficaz para la embarazada (Taylor and Robson, 2003 cited in Edwards, 2009).

Desafíos

En comparación al incremento de las tasas de natalidad, el número de matronas ecografistas permanece bajo. Las barreras para la formación de matronas en ecografías incluye la falta de matronas, la oposición profesional, falta de recursos, de remuneración, registro y reconocimiento (Edwards, 2009).

Conclusión

Esta especialidad está en crecimiento. El desafío es incrementar el número de matronas ecografistas. Esto requiere un debate profesional sobre qué constituye normalidad dentro de la esfera postmoderna de la práctica de las matronas. La naturaleza cualitativa del contexto de nuestra práctica requiere una confirmación del valor de este rol ampliado de la matrona, en el contexto del principio fundamental de la filosofía de nuestra profesión: "con la mujer". **Conocimientos técnicos y habilidades en ecografía equipan a las matronas**



para apoyar a las mujeres y empoderarlas para tomar decisiones informadas sobre su cuidado en el embarazo y sus resultados.

Como matronas debemos permitir que los cambios de rol y desafíos enciendan nuestro entusiasmo e interés en lo que hacemos. Superar estos desafíos es lo que hace que la práctica enfermera sea significativa y valiosa.

Agradecimientos

Caroline Hampton MA, MTD, PGCEA, NNP, RN, RM Midwifery Lecturer

Debbie Tyman – Midwifery Matron: Whipps Cross University Hospital, Bartshealth. London, United Kingdom

Kade Monde - Facilitator Midwife: Whipps Cross University Hospital, Bartshealth. London, United Kingdom

Bibliografía

Department of Health. (1999) Making a difference: strengthening the nursing, midwifery and health visiting contribution to health care. HMSO: London.

Department of Health. (2000) Meeting the challenge: A strategy for the allied health professions. HMSO: London.

Department of Health. (2008a) High quality care for all. NHS Next stage review final report. The Stationery Office: London.

Edwards, H. (2009) Midwife sonographer activity in the UK. *Evidence Based Midwifery* 7(1): 8-15

Lovegrove M, Price R. (2002) Recruitment, training and retention of healthcare professionals in clinical ultrasound (April 2001-December 2002). *Radiography* 8(4): 211-4.

RCOG. (1984) Report of the RCOG working party on routine ultrasound examination in pregnancy. RCOG: London.

United Kingdom Central Council. (1992) Scope of professional practice. UKCC: London.

Woo, J (2008) A short History of the development of Ultrasound in Obstetrics and Gynaecology. [Online] Available at <<http://www.cfef.org/archives/bricabrac/histoiredesultrasons.pdf>>

[\[Accessed 11 July 2012\]](#)

World Health Organization. (1998) Training in diagnostic ultrasound: essentials, principles and standards: report of a WHO study group. WHO technical report series number 875: World Health Organization: Geneva.



Conferencia de Clausura



LIDERANDO EL CAMBIO.

FAUSTINO OLMOS GRAU.

FORMADOR Y COACH. SOCIO DIRECTOR DE ESPIRAL, FORMACIÓN Y COACHING.

*"No es la especie mas fuerte
la que sobrevive, ni la más inteligente,
sino la que responde mejor al cambio"*
CHARLES DARWIN

¿Para que cambiar? Pregunta poderosa que implica en la mayoría de los casos una respuesta personal. Puede ser para descubrir, para aventurarse, para despertar, para **poner acción...** Para disfrutar segundas y terceras oportunidades. Y quizás como decía Charles Darwin para sobrevivir. No es dejar de ser lo que somos sino sacar el máximo partido a nuestro propio ser.

Y una vez, decididos a abordar ese cambio, es cuando entran en juego, entre otras muchas, una serie de posibilitadores que quiero compartir con ustedes:

- **Ampliar la mirada:** de nosotros mismos, de nuestras creencias, de nuestro trabajo, de nuestra organización, de las personas que nos rodean... porque otra miradas es posible. Porque la mirada es fruto de nuestra mente que se alimenta de nuestras experiencias que van dando forma a nuestras creencias. Y cuando cambiamos la mirada, cambiamos nuestra mente y nos damos una posibilidad de convertir nuestras creencias limitantes en creencias potenciadoras que nos abren nuevas oportunidades. Y porque mirar hacia dentro siempre es una inversión.
- **Una actitud mental positiva** que de respuesta a nuestra pregunta de ¿Para que cambiar? ¿Qué voy a ganar con el cambio? ¿Cómo me veo después del cambio? Y que no se conforme con una primera respuesta sino que profundice en que es lo que nos inspira para iniciar esa aventura. Una aventura que implica descubrir, que significa protagonizar nuestra propia historia (somos actores principales de nuestra película), que compromete a poner acción y que prioriza las oportunidades sobre las limitaciones. Y sin olvidar que la actitud positiva es contagiosa, que se puede incrementar, que se puede compartir. Y que nos permite subir un peldaño en nuestra escalera de felicidad. Personas felices es igual a entornos felices a equipos felices. ¿Vale la pena incrementar nuestra actitud?



- **Tomar consciencia** de cuales son nuestras fortalezas, de cuales son nuestros talentos y de cuales son las barreras que nos impiden o frenan nuestro cambio. ¿En que zona estamos? ¿En nuestra zona de confort? ¿En nuestra zona de miedo? ¿o estamos aletargados e inconscientes? ¿Qué es lo que nos falta? ¿Cuáles son los obstáculos o las barreras que nos impiden avanzar? ¿Cómo las podemos superar? ¿Quién nos puede ayudar? Todo lo que necesitamos está en nuestro interior o a nuestra disposición: disponemos de un sin fin de recursos, somos seres completos, y llenos de creatividad ¿Por qué entonces no intentarlo ya? En realidad, ese es el verdadero reto, conocerse a uno mismo, encontrar ese lugar en el interior donde todo está en paz y desde donde podemos observarlo todo sin miedo, con objetividad y sabiduría, para luego resurgir al exterior y tomar las decisiones adecuadas, sin la influencia de esos pensamientos perversos que nos pueden hacer errar y caer. Conversar para escucharnos.
- **La VISION: sueños y objetivos.** Alguien me dijo en cierta ocasión que un objetivo es un sueño al que le hemos puesto una fecha. ¿Tienen nuestros sueños una fecha de consecución? No hay cambio sin objetivos. Sin visión, sin objetivos el futuro puede ser pura casualidad. Con nuestra visión traemos el futuro al presente. La mejor manera de predecir nuestro futuro es crearlo. No hay cambio sin una visión que lo estimule. ¿Cuales son nuestros objetivos? ¿Cuáles son tus objetivos? ¿Qué conseguirás cuando los alcances? Los verdaderos líderes no imitan o siguen el camino trazado, crean su propio camino, innovan, arriesgan. Liderar nuestra vida o un proyecto supone un riesgo, un desafío, eso no puede hacerse por medios convencionales. El líder va a por todas, se lanza a conseguir sus objetivos y crea un espacio en donde puedan acompañarle los demás. Y todos somos líderes de nuestra propia vida.
- **No hay cambio sin ACCION.** Para ir del que soy al que quiero ser hay que generar acción. No hay cambio que no provoque acción. Que además significa planificar una estrategia, unos pasos a seguir: un plan. ¿Qué plan hemos diseñado para alcanzar nuestros objetivos? En nuestro interior hay un emprendedor en potencia, solo hay que darle la posibilidad de que se ponga en marcha: la estrategia es una oportunidad. La estrategia esta muy vinculada a los resultados: a mejor estrategia mejores resultados. Y no te conformes solo con aquello que te dio resultados en el pasado pon en marcha tu **creatividad: "si quieres obtener resultados distintos tendrás que aplicar estrategias**



distintas". Hay que pasar de espectadores a accionistas de nuestro propio proyecto. Y no debemos olvidar que esperar no es una estrategia.

- **El liderazgo es PASION.** Un verdadero líder ha de ser una persona que siente un verdadero entusiasmo por lo que hace. No es suficiente que le guste, le ha de apasionar. Cuando tenemos una verdadera pasión por algo, nos volcamos en ello, nos dedicamos en cuerpo y alma. No es solo un trabajo o una actitud, es una forma de vida. Una pasión **así implica compromiso, actitud positiva, talento... siempre puestos al servicio de** nuestros objetivos de cambio. ¿Qué me apasiona de mi vida? ¿Qué me apasiona de mi trabajo? ¿De donde se nutre mi pasión? ¿Cómo puedo despertarla? Todo cambio necesita del Compromiso para llevarlo a buen fin. ¿Cómo ando de compromiso conmigo? La pasión se nutre de nuestros valores personales, de aquellos que conforman nuestra forma de actuar. ¿Cuáles son mis valores? ¿Cómo los pongo en acción en mí días a día? ¿Cómo me pueden ayudar a conseguir mis objetivos?
- **El liderazgo es CONTRIBUCION.** El cambio puede llegar a asustar porque es algo que nos suele aparecer como muy grande. En ocasiones una tarea inmensa que implica poner en marcha muchos recursos personales. Mi experiencia me dice que además de un cambio rápido, puede existir un cambio tranquilo. Solo hay que disponer de diez minutos diarios, como mínimo, puestos a trabajar en ese cambio o transformación. ¿Quién no tiene esos diez minutos diarios para poner acción en la estrategia que le apasiona, para conseguir sus objetivos? Todos disponemos de esos diez minutos si somos capaces de mirar hacia dentro y contribuir a nuestro propio cambio individual. Porque lo que realizo cada día se convierte en hábito, que forma nuestro carácter, que con el tiempo marca nuestro destino. Diez minutos diarios para ganar nuestro futuro, como persona, como profesional. No hay excusas: hay consciencia, visión, acción, pasión y diez minutos.

Y para terminar: en muchas ocasiones nos olvidamos que uno de nuestros talentos más preciados es **la libertad de elegir.** Libertad para elegir quedarnos donde estamos o avanzar, para aventurarnos a cambiar o permanecer en nuestras creencias limitadoras, para descubrir o para mantener siempre la misma mirada, para construir nuestro futuro o permitir que sea el azar quien son sitúe en el, para poner a prueba nuestra creatividad o



dar juego a la indolencia. Libertad para invertir en nosotros, para mirar hacia dentro, para descubrir en realidad quienes somos, que tesoros disponemos, que ruta queremos emprender y con que mapa. Alguien me dijo en cierta ocasión que el camino de la vida es un mirarte, es un gustarte, es encontrarse y gustarse. Y si eso implica cambio o transformación es nuestro liderazgo el que lo consigue: ¡podemos!



COMUNICACIONES ORALES SELECCIONADAS A PREMIO



O-113.- VIVENCIA DE LA MATERNIDAD EN MUJERES LESBIANAS.	104
<i>GARCÍA DÍAZ MJ*, GARCÍA TRABAJO E, AMADOR MULERO L, FONTÁN AZPEITIA M, BARAJAS DE SANTIAGO C, FERREIRO GARCÍA C.</i>	
O-114.- VIVENCIA DE LA LACTANCIA PROLONGADA EN LA SOCIEDAD ACTUAL.	105
<i>MARTÍNEZ T*, CRESPO I, GUANTES C, MIGUEL R, MUÑOZ L, SANCHO P.</i>	
O-115.- LA MATRONA VS OTROS PROFESIONALES COMO EDUCADORES PARA LA SALUD DURANTE EL EMBARAZO.	106
<i>MARTÍNEZ-LEÓN J, MARTÍNEZ-GALIANO JM, NARVÁEZ-TRAVERSO A, CAMBIL-LEDESMA A, BLANCO-MONEDERO MJ, DELGADO-RODRÍGUEZ M.</i>	
O-116.- EFECTO DE APLICACIÓN DEL MÉTODO DE PREPARACIÓN AL PARTO AIPAP, "ACONDICIONAMIENTO INTEGRAL Y PELVICO EN EL AGUA", EN LA FINALIZACIÓN DEL PARTO.	107
<i>JIMÉNEZ-JAEN F.</i>	
O-117.- VIVENCIA DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO DE LA MUJER PAKISTANÍ EN NUESTRO MEDIO.	109
<i>CASILLAS-BARRAGÁN B*, CUENCA-DIEZ B, PRIETO-ÁLVAREZ P, ESPART-HERRERO L, NAVARRO-GUTIÉRREZ T, GAVIN-GUTIÉRREZ L.</i>	
O-118.- INDUCCION DE LA LACTANCIA MATERNA EN UNA ADOPCIÓN.	110
<i>SERRANO-RAYA L.</i>	
O-119.- EFECTO DE LA DURACIÓN DEL EXPULSIVO SOBRE LA MORBILIDAD NEONATAL.	111
<i>HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ A, BAÑO-GARNES AB*, MELERO-JIMÉNEZ MR.</i>	
O-120.- CÓMO INTERPRETAN LAS MATRONAS SU PROFESIÓN Y LA RELACIÓN ASISTENCIAL CON LAS GESTANTES.	112
<i>BANÚS MR, GOBERNA J, PALACIO A, CEÑA B, DURAN F.</i>	



O-113.- VIVENCIA DE LA MATERNIDAD EN MUJERES LESBIANAS.

GARCÍA DÍAZ MJ*, GARCÍA TRABAJO E, AMADOR MULERO L, FONTÁN AZPEITIA M, BARAJAS DE SANTIAGO C, FERREIRO GARCÍA C.

SUPLENCIAS.

RESUMEN.

OBJETIVO GENERAL: Conocer la vivencia de la maternidad en el colectivo de mujeres lesbianas. **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Conocer cómo surge el deseo de ser madre, cómo se plantean la consecución de la gestación, conocer su experiencia en la consecución del embarazo, el embarazo y el parto, conocer la opinión de la atención recibida por el personal sanitario y finalmente conocer su vivencia del nuevo rol de madre adquirido. **METODO:** Investigación cualitativa de carácter exploratorio e interpretativo. Metodología de generación de la información: grupo de discusión. Criterios de inclusión: mujeres homosexuales con deseos de gestar, gestantes o madres de hijos dentro de una relación homosexual. El grupo de discusión estuvo llevado por una figura de preceptor que con el soporte de una guía con los objetivos de la investigación sacaba a colación los temas y dejaba al grupo seguir con el discurso sobre el tema a abordar. También estaban presentes dos observadores que anotaban lo que les pudiera parecer reseñable. El grupo de discusión fue de carácter anónimo y fue grabado para su posterior análisis por el resto del grupo investigador. **RESULTADOS Y DISCUSION:** se concluyó que el deseo de gestar surge de manera similar a mujeres heterosexuales, como es comprensible. La decisión de quién realiza la gestación no fue motivo de discusión o conflicto dentro de la relación de pareja. El apoyo de las familias a las madres fue desigual. Se encuentran todavía situaciones de rechazo por algunos profesionales sanitarios, con frases de condena o enjuiciamiento. Incongruencias en la legislación vigente, donde la madre que no gesta debe aceptar por escrito, aún dentro de un matrimonio, el bebé de la esposa para poder inscribirse como hijo común. Llevar documento certificado de la clínica donde se realizó la técnica de reproducción asistida explicando que ésta fue llevada a cabo mediante técnica acorde a la legislación vigente, certificación no necesaria en parejas infértiles heterosexuales. Asimismo todas se mostraron conformes con que se legislara a favor para poder realizar el método ROPA (recepción de óvulos de la pareja) en la que la madre gestante se embaraza de embriones fecundados a partir de los gametos de su esposa. De esta manera ambas madres serían madres biológicas. Con respecto a las matronas se nos pide un mayor apoyo a su modelo de familia.



O-114.- VIVENCIA DE LA LACTANCIA PROLONGADA EN LA SOCIEDAD ACTUAL.

MARTÍNEZ T*, CRESPO I, GUANTES C, MIGUEL R, MUÑOZ L, SANCHO P.

HOSPITAL DE FUENLABRADA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Explorar las dificultades sociales que encuentran las mujeres que dan el pecho durante más de un año en nuestro medio. Conocer si existe relación entre inicio fácil y lactancia prolongada. Conocer la motivación que han tenido para dar el pecho más allá del año, los apoyos y dificultades. Conocer qué opinión piensan que tiene la sociedad y qué se podría hacer para normalizarlo. **MÉTODOS:** Se realizó un estudio cualitativo mediante cincuenta entrevistas estructuradas en diez preguntas abiertas donde se exploran las características de la población, las dificultades al inicio, la motivación para continuar con la lactancia, así como apoyos y dificultades que han recibido, qué creen que piensa la sociedad de la lactancia prolongada y qué se podría hacer para normalizarla. Se llevó a cabo por un muestreo opinático, en grupos de apoyo o personas de contacto. **RESULTADOS:** La totalidad de las entrevistadas tenían estudios universitarios y una media de tiempo lactando de dos años y medio, con un intervalo entre uno y seis, existiendo en una minoría la lactancia en tándem. La mayoría tuvieron dificultades al inicio, desde las más comunes como la ingurgitación a problemas serios como mastitis complicadas o frenillo. **Entre la motivación para continuar destaca el apego, "lo natural" y los beneficios nutricionales.** La mayoría han encontrado dificultades sociales habiendo recibido comentarios inapropiados y miradas de extrañeza, así como la dificultad que supone la ley vigente en España. Expresan que la sociedad piensa que es un vicio, un capricho innecesario, un retroceso y puede maleducar al niño, que están locas o son hippies. La mayoría se informaron por internet o con libros de crianza, coincidiendo en la lectura de **"Un regalo para toda la vida" de Carlos González. Destaca el apoyo de la pareja, y las dificultades que han impuesto algunos profesionales.** Para normalizarlo coinciden en hacerlo en público y que los profesionales se formen. **DISCUSIÓN:** Las mujeres que dan el pecho durante más de un año sienten necesidad de ser escuchadas sin ser cuestionadas. Que la totalidad de las entrevistadas posean estudios universitarios muestra que la lactancia prolongada no es exclusiva de grupos marginales o sin recursos. Además, se muestra el papel crucial de los profesionales, y la importancia ser formados para dar una información de calidad, siempre respetando la decisión de la mujer.



O-115.- LA MATRONA VS OTROS PROFESIONALES COMO EDUCADORES PARA LA SALUD DURANTE EL EMBARAZO.

MARTÍNEZ-LEÓN J, MARTÍNEZ-GALIANO JM, NARVÁEZ-TRAVERSO A, CAMBIL-LEDESMA A, BLANCO-MONEDERO MJ, DELGADO-RODRÍGUEZ M.

E.P. HOSPITAL DE PONIENTE.

RESUMEN.

OBJETIVO: Determinar la influencia de la categoría profesional del educador que imparte la educación maternal sobre distintos parámetros del proceso de embarazo, parto y puerperio. METODO: Estudio multicéntrico observacional llevado a cabo en el área sanitaria de cuatro hospitales del sistema sanitario público. La recogida de datos se realizó desde el mes de enero del 2010 a enero del 2011. La población de estudio fueron mujeres primíparas que dieron a luz en alguno de estos centros hospitalarios. Se estudiaron diferentes variables relacionadas con la realización de la educación maternal y con el proceso de embarazo, parto y puerperio, como la participación activa de los padres en el proceso de parto, la presencia de lesión perineal asociada al parto, el requerimiento de analgesia epidural durante el parto y el inicio precoz de la lactancia materna. Los datos se recogieron a través de una entrevista y de la historia clínica. Para variables dicotómicas se estimó la odds ratio (OR) y su intervalo de confianza (IC) del 95%. En el análisis multivariable se aplicó la regresión logística. RESULTADOS: Las mujeres que realizaron la educación maternal con un profesional de categoría profesional diferente a la matrona tuvieron un menor inicio precoz de la lactancia materna (OR = 0.47, IC 95% = 0.26-0.85). La presencia de lesión perineal fue menos frecuente en las mujeres que habían realizado educación maternal con un profesional sanitario distinto a la matrona (OR = 0.54, IC 95% = 0.31-0.95). La participación considerada como activa en el proceso de parto fue menor en las mujeres que realizaron la educación maternal con un profesional distinto a la matrona (OR = 0.51, IC 95% = 0.29-0.89). No hubo diferencias en el requerimiento de analgesia epidural entre el grupo de mujeres que había realizado la educación maternal con la matrona y el grupo que la había realizado con un profesional de categoría diferente (OR=0.89 IC 95%=0.46-1.68). DISCUSION: la matrona es el profesional más idóneo para llevar a cabo el programa de educación maternal de la forma más eficiente.



O-116.- EFECTO DE APLICACIÓN DEL MÉTODO DE PREPARACIÓN AL PARTO AIPAP, "ACONDICIONAMIENTO INTEGRAL Y PELVICO EN EL AGUA", EN LA FINALIZACIÓN DEL PARTO.

JIMÉNEZ-JAEN F.

HOSPITAL GENERAL ELDA (ALICANTE).

RESUMEN.

OBJETIVO: Comparar los resultados de la aplicación del método, AIPAP versus la no aplicación, en la finalización del parto. METODOLOGIA: Ensayo clínico cuasiexperimental que se llevo a cabo en la preparación al parto del Centro Ginecológico Elda y los hospitales de Elda, Vinalopó-Elche , San Juan y Clínica Vistahermosa. POBLACIÓN Y MUESTRA. -GRUPO ENSAYO: Mujeres que acudieron al CENTRO GINECOLOGICO ELDA para recibir el **método "ACONDICIONAMIENTO INTEGRAL Y PELVICO EN EL AGUA" de preparación al parto** y acudieron a un mínimo de 15 sesiones. -GRUPO CONTROL: Mujeres que acudieron a parir al Hospital de Elda y no recibieron el método AIPAP de preparación al parto. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN. -Realizar ejercicio físico de cualquier tipo de forma regular antes y durante el embarazo mayor o igual de 4 veces por semana. -Tener cesárea programada por nalgas, podálica transversa o cualquier otro motivo que impida el parto vaginal. -No aceptación de inclusión en el estudio. -Nacionalidad distinta a la española. -parir en un Hospital privado. -índice de masa corporal mayor de 30 antes del embarazo. VARIABLES -INTERVENCIÓN: Aplicación o no del método AIPAP de preparación al parto. El METODO AIPAP "ACONDICIONAMIENTO INTEGRAL Y PELVICO EN EL AGUA", **consta de un programa de 86** ejercicios pélvicos en el agua repartidos en 10 sesiones que se repiten cíclicamente estructuradas en 4 grupos: mejora aeróbica, mejora fuerza resistencia, mejora elasticidad y mejora de la coordinación respiratoria. -RESULTADO: FINALIZACION DEL PARTO: EUTOCICO, CESAREA, INSTRUMENTADO -OTRAS: -VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS: EDAD, NACIONALIDAD, TIPO DE TRABAJO, Nº HIJOS. -VARIABLES OBSTÉTRICAS: PARIDAD, CESAREAS ANTERIORES, EDAD GESTACIONAL, FORMA DE INICIO DEL PARTO. RECOGIDA DE DATOS -Se recogieron encuestas con ítems desde JULIO de 2009 a ENERO de 2012 en gestantes que acuden al curso de Matronatación del Centro Ginecológico Elda para el grupo ensayo . -Para el grupo control se pasaron las encuestas de agosto a enero de 2012. -Para el análisis de las variables se utilizó el programa SPSS v 15.0 para Windows. RESULTADOS: -Grupo control total de nacimientos 127: -88 partos eutócicos correspondiente a un 69.29% -11 secundíparas.(12,5%) -2 tercíparas.(2.28%) -75 primíparas.(85,22%) -17 partos distócicos correspondiente a un 13,38% -16 primiparas 94.11% -1 secundiparas 5.8% - 22 cesáreas correspondiente a un 17,32% -Grupo ensayo



total de nacimientos 129: -121 partos eutócicos corresponde a un 93,79% -8 en Vistahermosa. 100% primíparas. -111 Hospital General Elda. -12 secundíparas.(10,81%) - 2 tercíparas.(1,80%) -97 primíparas.(87,38%) -1 Hospital S. Juan. Primípara -1 Hospital Vinalopó. Primípara - 2 partos distócicos primíparas en Hospital General Elda.1,55% - 6 cesáreas corresponde a un 4.65% -4 en Vistahermosa -2 Hospital Elda -Excluyendo los nacidos en Hospital Privado, 117 partos: -113 partos eutócicos corresponde a un 96,58% - 111 Hospital General Elda. -12 secundíparas.(10,81%) -0 tercíparas.(0%) -99 primíparas.(89,18%) -1 Hospital S. Juan. Primípara -1 Hospital Vinalopó. Primípara - 2 partos distócicos 1,70% -2 cesáreas corresponden a un 1.70% -Los asistidos en Clínica Vistahermosa: -16 en total con: -12 eutócicos corresponde a un 75% -4 cesáreas corresponde a un 25%. DISCUSION Si calculamos el riesgo relativo de tener una cesárea con el programa "ACONDICIONAMIENTO INTEGRAL Y PELVICO EN EL AGUA" vs sin el programa, sería $RR=17,32/1.70=10.18$. Lo que indica que haber asistido al programa supone 10.18 veces menos probabilidad de tener una cesárea. El índice de partos eutócicos a las gestantes asistentes al programa es del 96,58% lo que sirve para afirmar que: asistir al programa es claramente un protector para tener un parto eutócico. Dato muy superior al 80% que promulga la OMS y más aun al 65-75% de los hospitales públicos en España. Todo esto demuestra la importancia de la formación de las matronas en la preparación integral al parto en el embarazo.



O-117.- VIVENCIA DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO DE LA MUJER PAKISTANÍ EN NUESTRO MEDIO.

CASILLAS-BARRAGÁN B*, CUENCA-DIEZ B, PRIETO-ÁLVAREZ P, ESPART-HERRERO L, NAVARRO-GUTIÉRREZ T, GAVIN-GUTIÉRREZ L.

HOSPITAL SANTA CREU I SANT PAU.

RESUMEN.

En nuestra práctica diaria como matronas atendemos a un creciente número de mujeres que proceden de diferentes culturas. Estas diferencias culturales pueden suponer dificultades comunicativas entre las gestantes y los profesionales, ya que tenemos que tener en cuenta que las concepciones sobre salud, enfermedad y procesos curativos tienen sus raíces en la misma cultura. En el campo de la salud reproductiva la barrera comunicativa cobra una importancia mayor por dos motivos: es el ámbito sanitario al que la población extranjera más acude y a la vez, en la que se ponen en juego más factores culturales. El conocimiento de sus vivencias en el proceso del embarazo, parto y puerperio constituye un arma para romper esa barrera. El aumento creciente de la comunidad pakistaní en nuestro medio, Barcelona, nos lleva a centrar nuestra atención en este colectivo y en particular en las mujeres pakistanís. OBJETIVOS: - Mejorar la atención sanitaria a las mujeres pakistanís a través de un mejor conocimiento de su cultura. - Facilitar las relaciones interculturales y superar las barreras que pueden dificultar la actividad asistencial. - Dotar de herramientas y conocimientos a las matronas para promover la atención integral de la salud a la mujer pakistaní. METODO: Entrevistas personales a 10 mujeres pakistanís pertenecientes a la Asociación Cultural y Educativa y Social Operativa de Mujeres Pakistanís de Barcelona. Búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, de los cuales se obtuvo escasos artículos que hicieran referencia al tema, por lo que la búsqueda se completó con revistas específicas de antropología y diversas páginas web. DISCUSION: Gracias a la colaboración de mujeres que forman parte de la Asociación Cultural y Educativa y Social Operativa de Mujeres Pakistanís de Barcelona pudimos contrastar la información obtenida de las diferentes fuentes referenciadas, obteniendo así información que nos puede ayudar en la práctica diaria. RESULTADO: Debido al número creciente de mujeres pakistanís que atendemos diariamente en nuestros centros de trabajo creemos en la necesidad de incluir información sobre su cultura y costumbres en las guías básicas de atención al embarazo, parto, y puerperio. Palabras clave: "Pakistán", "cultura", "maternidad".



O-118.- INDUCCION DE LA LACTANCIA MATERNA EN UNA ADOPCIÓN.

SERRANO-RAYA L.

CENTRO DE SALUD DE BETERA.

RESUMEN.

La inducción de la lactancia es el proceso por el cual se estimula la producción de leche en una mujer que no ha estado embarazada, y por tanto no ha experimentado los cambios mamarios propios de las hormonas del embarazo. Este proceso requiere gran motivación materna y una red de apoyo profesional, familiar y psicológico constante. CASO CLÍNICO: Mujer de 41 años G1P1 que acude asesorada al taller de lactancia con un bebé adoptado de 2 meses, que lleva con ella 48 h. El bebé ha sido alimentado con lactancia artificial(LA) desde su nacimiento. La madre pregunta por la inducción de la lactancia materna (LM), ya que amamantó hasta hace 18 meses a su primer hijo. El bebé adoptado ha sido puesto al pecho de otra madre lactante, presentando espontáneamente buen enganche, succión adecuada y vaciamiento correcto de la mama. La madre conoce los beneficios físicos, emocionales y de apego, que puede tener la LM, tanto para el bebé como para ella OBJETIVOS: 1. Conseguir secreción láctea para llegar a tener una LM exclusiva o predominante 2. Conseguir vinculación emocional y de apego entre el binomio madre-hijo 3. Favorecer una adecuada red de apoyos tanto familiares, como profesionales, para este caso en concreto METODOS: 1.-La matrona hace una exploración física de la mama, así como del enganche adecuado y succión correcta del bebé 2.-La psicóloga del grupo valora positivamente el deseo de la madre de inducir la lactancia 3.-Se le anima a iniciar la puesta al pecho del bebé con relactador o suplementador 4.-Se inicia pauta de estimulación con sacaleches eléctrico doble c/2 horas durante 10-15 minutos 5.-Se inicia pauta de administración de fármacos lactogogos a dosis altas 6.-Se cambia biberón de succión normal por, biberón adaptado a succión materna 7.-Seguimiento via redes sociales, móvil y atención personalizada durante las 24 h. RESULTADOS: 1.- A la semana se inicia secreción láctea con 2-3 gotas de leche con ingurgitación mamaria, mientras la madre sigue dándole tomas con relactador + biberon, y sigue con la estimulación del sacaleches 2.- A las 3 semanas presenta succión efectiva durante 5 minutos en cada mama y complemento de biberones de leche materna cedida por otra madre 3.- Actualmente presenta LM predominante en todas las tomas, además de utilizar el pecho para calmarse y dormirse. DISCUSION: La inducción de la LM es posible siempre y cuando haya un estímulo de succión adecuado, apoyo profesional y emocional.



O-119.- EFECTO DE LA DURACIÓN DEL EXPULSIVO SOBRE LA MORBILIDAD NEONATAL.

HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ A, BAÑO-GARNES AB*, MELERO-JIMÉNEZ MR.

HOSPITAL MANCHA-CENTRO DE ALCAZAR DE SAN JUAN.

RESUMEN.

OBJETIVO: Conocer si la duración del periodo expulsivo influye sobre los resultados perinatales adversos. METODO: Estudio Observacional retrospectivo sobre un total de 1867 partos vaginales realizados durante los años 2010 y 2011 en Hospital Mancha-Centro de Alcázar de San Juan. Se incluyeron todas las gestantes que dieron a luz un recién nacido vivo. Se empleo la regresión logística binaria para ajustar el efecto de la duración del expulsivo por medio del tipo de parto. RESULTADOS: El 93% (1737) del partos fueron eutócicos frente al 7% (130) que fueron instrumentales. La duración promedio del periodo expulsivo fue de 61 minutos (SD= 58,81), siendo el 59,6% menores de 1 hora, el 20,4% hasta 2 horas, el 13,2% hasta 3 horas y el 6,8% igual o superior a 3 horas. No se observo asociación entre una mayor duración del expulsivo y mayor morbilidad neonatal expresada a través de los valores de pH de arteria, el apgar al minuto y a los cinco minutos y el grado de reanimación neonatal. Sin embargo, si se observa asociación entre peores valores de pH y Apgar al minuto con el parto Instrumental. DISCUSION: La duración de expulsivo por si solo no determina peores resultados neonatales. La instrumentación del parto esta relacionada con peores resultados neonatales a corto plazo como el apgar al minuto y el pH de arteria, pero no sobre el grado de reanimación, ni sobre el Apgar a los cinco minutos.



O-120.- CÓMO INTERPRETAN LAS MATRONAS SU PROFESIÓN Y LA RELACIÓN ASISTENCIAL CON LAS GESTANTES.

BANÚS MR, GOBERNA J, PALACIO A, CEÑA B, DURAN F.

INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT (ICS).

RESUMEN.

El momento actual en la asistencia al parto se caracteriza por un alto grado de tecnificación que, si bien ha supuesto unos altos índices de seguridad tanto para la madre como para el bebé, ha obviado los deseos de las mujeres y su derecho a decidir. Actualmente, existe un **interés institucional orientado a la "humanización del parto"** en el sentido de dotar de mayor protagonismo a las mujeres y sus parejas y de construir los mecanismos necesarios para hacer posible la toma de decisiones informadas en todo el proceso asistencial. Presentamos los resultados preliminares de nuestra investigación, la cual pretende recoger la voz de las matronas en este proceso de cambio, analizar sus opiniones y escuchar distintas versiones de los hechos. La reflexión en torno a la propia profesión nos permitirá acceder a una visión profunda de la relación asistencial que establecen con las mujeres. OBJETIVOS: Conocer la opinión de las matronas acerca del proceso de cambio en la asistencia al parto que vivimos actualmente Identificar los aspectos esenciales de la relación asistencial METODO: La metodología empleada es cualitativa. Se han realizado tres grupos focales de 12-14 personas con un total de 32 matronas, 6 matronas en formación y un médico obstetra Los datos se han recogido mediante grabación de las intervenciones y posterior transcripción para, finalmente, realizar un análisis temático del contenido; tras la triangulación entre investigadores se han elaborado las categorías pertinentes. RESULTADOS: Hemos identificado dos categorías básicas: La evolución de significado de excelencia profesional a lo largo del tiempo La empatía y el respeto como condiciones intrínsecas en la práctica profesional. DISCUSION: La valoración de las capacidades y habilidades de las matronas ha evolucionado a lo largo de las últimas décadas. Aquellas que cuentan con una dilatada experiencia profesional manifiestan cómo a pesar de los avances tecnológicos vuelven a valorarse aspectos más tradicionales. Entre las más jóvenes existe un interés creciente en recuperar la sabiduría y los conocimientos de otros tiempos y poder ofrecer una asistencia menos tecnificada que permita a la gestante protagonizar su parto y a la matrona sentirse segura y tranquila en el acompañamiento del proceso Todas las matronas, cualquiera que sea su experiencia, coinciden en destacar la proximidad con la mujer y el respeto hacia sus decisiones como aspectos fundamentales e intrínsecos de la profesión.



COMUNICACIONES POSTER SELECCIONADAS A PREMIO



P-243.- DE GRANADA A NIGERIA; EXPERIENCIA DE UNA MATRONA EN COOPERACION INTERNACIONAL.	115
<i>CORRAL-SEGADE ME, RIVAS-CASTILLO MT, PACHECO-ADAMUZ MJ.</i>	
P-244.- DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO PARTOGRAMA: PROPUESTA DE MEJORA.	116
<i>PULIDO-SOTO A*, FERNÁNDEZ-VALERO MJ, ROSALES-CHAMORRO MM.</i>	
P-245.- ABORDAJE DEL TABAQUISMO DURANTE EL PUERPERIO: LA LACTANCIA MATERNA Y LAS TERAPIAS REEMPLAZAMIENTO NICOTINICO.	117
<i>MORENO-BARRIENTOS M, DIAZ-CHANTAR JI, CABELLO-ALCALÁ P.</i>	
P-246.- ESTADISTICA EN LA ATENCIÓN AL PARTO NORMAL EN EL AREA DE SALUD 2 DE LA REGIÓN DE MURCIA.	118
<i>SEGUNDO-ORTÍN MV, MOREO-HERNÁNDEZ AB, ÁLVAREZ-SÁNCHEZ EM, NAVARRO-RUIZ I, MARTÍNEZ-MARTÍNEZ E, TONDA-MENA I.</i>	
P-247.- PRESENCIA DE LA MATRONA EN LA PLANTA DE OBSTETRICIA Y PUERPERIO.	119
<i>AMADOR L*, BARAJAS C, FERREIRO C, GARCÍA MJ, GARCÍA E, LORENZO R.</i>	
P-248.- ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS GESTANTES CON INTENCIÓN DE PARTO NATURAL ATENDIDAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.	120
<i>LUNA-GARCÍA R, GARCÍA-LÓPEZ L, MARTÍ-SOLÉ N, GARCÍA-VICUÑA M, ROLDÁN-MERINO J.</i>	
P-249.- VARIABILIDAD EN LA PRACTICA DE EPISIOTOMÍA ENTRE MATRONAS Y SU IMPACTO SOBRE DESGARROS PERINEALES Y MORBILIDAD NEONATAL.	121
<i>HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ A, BAÑO-GARNES AB*, MELERO-JIMÉNEZ MR.</i>	
P-250.- FACTORES RELACIONADOS CON LA PERCEPCIÓN MATERNA DE CONTROL DURANTE EL PARTO.	122
<i>CUENCA-CALABUIG C *, SANTAMARÍA-CASTAÑER JI, MOTILLA-NOGUERÓN R, RICHART-MARTÍNEZ M, OLIVER-ROIG A.</i>	



P-243.- DE GRANADA A NIGERIA; EXPERIENCIA DE UNA MATRONA EN COOPERACION INTERNACIONAL.

CORRAL-SEGADE ME, RIVAS-CASTILLO MT, PACHECO-ADAMUZ MJ.

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD.

RESUMEN.

En la gran metrópolis de LAGOS la Organización Sanitaria "Médicos Sin Fronteras" inició un proyecto sanitario con el objetivo específico de: " Mejorar la calidad y accesibilidad a la atención prenatal, perinatal, postnatal y planificación familiar" y es en este punto donde el papel de una matrona de Granada comienza. OBJETIVOS: Presentar mediante síntesis la experiencia profesional vivida por una matrona española en dicho contexto. METODOS: Estudio cualitativo observacional participante con fundamentación etnográfica. RESULTADOS: Durante la realización del proyecto se evidencio: Aumento del número de visitas antenatales y una mejora en el diagnóstico y tratamiento oportuno de las complicaciones más frecuentes como la anemia, malaria, malnutrición, las enfermedades de transmisión sexual y las infecciones urinarias. El número de partos que se atendieron en el centro de salud se multiplico por cuatro, sin embargo muchas mujeres parieron en sus hogares atendidas por parteros tradicionales, siendo los factores culturales, étnicos y religiosos los principales motivos. Alrededor del 80% de la mortalidad materna se debía a las siguientes complicaciones por orden de prevalencia: Hemorragias; (Pre) eclampsia; Partos Obstruidos; Sepsis y Complicaciones derivadas de abortos inducidos. Un aumento del número de visitas puerperales, paralelo al número de partos atendidos en el centro, influyendo positivamente en la tasa de vacunación neonatal y en la planificación familiar. Las principales complicaciones observadas eran: Hemorragias postparto; Trastornos hipertensivos relacionados con el embarazo y sepsis. La violencia hacia las mujeres se manifiesta: acoso sexual, violación, abuso de menores, agresión a la esposa, cultura patriarcal y la circuncisión femenina. Se estima que alrededor del 50% de las mujeres en Nigeria están infectadas por el VIH. Durante el proyecto se trabajo conjuntamente con el "National Institute of Medical Research" para dar cobertura antirretroviral a la población, con el objetivo principal de reducir la transmisión vertical. DISCUSION: Poner en práctica este proyecto en una mega urbe como la ciudad de Lagos, supuso un gran reto para la organización. Las múltiples barreras encontradas (culturales, étnicas, geográficas, gubernamentales, etc) dificultaron la labor humanitaria y enlentecieron el proceso. La matrona es responsable de las actividades relacionadas con la salud sexual y reproductiva y supervisión y formación del personal naci.



P-244.- DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO PARTOGRAMA: PROPUESTA DE MEJORA.

PULIDO-SOTO A*, FERNÁNDEZ-VALERO MJ, ROSALES-CHAMORRO MM.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAEN.

RESUMEN.

- Actualización del partograma vigente, como herramienta de trabajo útil, económico, de uso universal que asegura el seguimiento adecuado del trabajo de parto. - Unificación del registro en un documento único de todas las intervenciones de los profesionales involucrados en el proceso de parto y nacimiento, facilitando así la continuidad de cuidados. - Diagnóstico precoz de las desviaciones en la evolución del trabajo de parto, disminuyendo la morbimortalidad materno-fetal. METODOS: 1. Realización de una revisión de partogramas de otros centros y el propuesto por la Organización Mundial de la Salud. 2. Elaboración de un primer borrador y realización de un pilotaje de validación del mismo durante tres semanas. 3. Recogida de sugerencias y propuestas de mejora surgidas por parte de los profesionales implicados en el proceso tras el periodo de prueba. 4. Presentación del nuevo partograma a todo el equipo involucrado en el proceso de parto y nacimiento mediante sesión clínica. 5. El diseño definitivo del partograma resultó a partir de la propuesta original más las aportaciones realizadas durante el pilotaje y tras la sesión clínica. RESULTADOS: Con el nuevo partograma se logra actualizar y mejorar una herramienta común a varios profesionales: matronas, auxiliares, enfermeras, ginecólogos y pediatras. Dicho documento recoge información de la gestante: antecedentes personales, familiares, obstétricos, procedimientos realizados antes, durante y después del parto, datos del recién nacido; se unifican criterios de cómo y dónde reflejar datos; se amplía el espacio para cumplimentar, así como el registro gráfico de la evolución del trabajo de parto (hasta 14 horas) dando una visión global de la dilatación cervical y la altura de la presentación en función del tiempo, garantizando un seguimiento de calidad, evitando la prolongación o estancamiento del trabajo de parto y las consecuencias que de ello se derivan. DISCUSION: **La constancia escrita de "todo" lo realizado en el proceso de parto** (procedimientos, cuidados, llamadas telefónicas y visitas médicas) es nota de buena práctica profesional y aporta seguridad a la matrona. Un partograma correctamente cumplimentado y veraz, es una baza a favor del profesional en caso de demanda, ya que las complicaciones se tienen ante las omisiones, también facilita la visión global de todas las fases del parto y garantiza la correcta continuidad de cuidados.



P-245.- ABORDAJE DEL TABAQUISMO DURANTE EL PUERPERIO: LA LACTANCIA MATERNA Y LAS TERAPIAS REEMPLAZAMIENTO NICOTINICO.

MORENO-BARRIENTOS M, DIAZ-CHANTAR JI, CABELLO-ALCALÁ P.

HOSPITAL DE ANTEQUERA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Determinar si las terapias de reemplazamiento nicotínico (TRN) son efectivas y seguras para las madres lactantes durante el puerperio. **METODOLOGÍA:** Tras la construcción de una pregunta clínica de indagación mediante estructura PICO (Paciente-Intervención-Comparación-Resultados), se procedió a realizar la búsqueda y selección bibliográfica hasta Mayo de 2012, empleando los principales buscadores de literatura científica (GERION, Cochrane Library, National Guideline Clearinghouse, etc.) **RESULTADOS:** A través de nuestra estrategia de búsqueda se localizaron más de 20 estudios que abordan directa o indirectamente la seguridad y/o eficacia de las TRN durante el puerperio. Entre las diversas intervenciones existentes para evitar las recaídas (intervenciones educativas, apoyo psicosocial, material informativo, etc.) algunos autores determinaron que el fomento de la lactancia materna alarga el tiempo de que se produzca una recaída. La totalidad de los estudios valorados coincide en que las intervenciones educativas deben ser la primera línea de actuación y la mayoría, avala la seguridad y eficacia del empleo de las TRN en aquellas madres que lactan a sus hijos. **DISCUSION:** Estadísticamente se ha observado que entre el 30% y el 50% de las fumadoras abandona el hábito durante el embarazo, pero el 50% -75% de ellas vuelve a recaer semanas después del parto (3,4). Aunque las intervenciones educativas y las terapias conductuales han demostrado un descenso en la tasa de recaídas postparto, todavía se observa un alto porcentaje de mujeres que vuelve a retomar el hábito. En estos casos la mayoría de los estudios coinciden en que siempre y cuando se valore el riesgo/beneficio, aquellas fumadoras moderadas o con gran nivel de dependencia pueden beneficiarse del uso de estos tratamientos (chicles, parches, sprays, etc) sin que por ello se perjudique a la madre o al recién nacido. De este modo, la mayoría de los estudios coinciden en solicitar siempre consentimiento informado previo al tratamiento, utilizar siempre dosis bajas y/o preferentemente en comprimidos de nicotina para chupar o chicles de 2 mg y el empleo de estos métodos fuera de las tomas cuando sea posible. Por tanto, podemos concluir que el mero hecho de fomentar la lactancia materna ha demostrado disminuir el porcentaje de recaídas, sin embargo la combinación del asesoramiento antitabaco junto con uso de TRN parece ser una estrategia segura y la más eficaz para el abordaje antitabaco en el puerperio.



P-246.- ESTADÍSTICA EN LA ATENCIÓN AL PARTO NORMAL EN EL AREA DE SALUD 2 DE LA REGIÓN DE MURCIA.

SEGUNDO-ORTÍN MV, MOREO-HERNÁNDEZ AB, ÁLVAREZ-SÁNCHEZ EM, NAVARRO-RUIZ I, MARTÍNEZ-MARTÍNEZ E, TONDA-MENA I.

COMPLEJO HOSPITALARIO SANTA LUCÍA.

RESUMEN.

OBJETIVO: Conocer el grado de cumplimiento de la aplicación de la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Hospital de referencia del Área II (Cartagena). METODO: Estudio observacional descriptivo. Los datos se obtienen del registro informático Selene, de los años 2010 y 2011. RESULTADOS: En líneas generales, hay una mejora de la aplicación de las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal pero no se cumplen en su totalidad. DISCUSION: Es posible que factores como la falta de información, la desmotivación y la carencia de protocolos específicos, influyan en la dificultad para aplicar todas las recomendaciones.



P-247.- PRESENCIA DE LA MATRONA EN LA PLANTA DE OBSTETRICIA Y PUERPERIO.

AMADOR L*, BARAJAS C, FERREIRO C, GARCÍA MJ, GARCÍA E, LORENZO R.

H.U. GETAFE.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Objetivo general: Establecer la presencia permanente de la matrona en la unidad de obstetricia para mejorar la calidad asistencial y optimizar recursos. Objetivos específicos: Estandarizar planes de cuidados de la Unidad de Obstetricia que se realizarán con el formato NANDA-NOC-NIC, contemplarán diagnósticos de enfermería, reales, de riesgo, de salud y complicaciones potenciales. Crear canales de comunicación entre Atención Especializada y AP para favorecer la continuidad de los cuidados mediante protocolos. Optimizar recursos en los cuidados. Crear un nuevo modelo de asistencia basado en la unidad familiar. **METODO:** Se realizó una búsqueda bibliográfica de las competencias de la matrona en la ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y en el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico - Ginecológica, ambos incluían los cuidados realizados en el puerperio normal como funciones propias, coincidiendo en que la matrona es la persona de referencia y la más adecuada para el cuidado de la madre y del recién nacido hasta el 28 día de vida. Se realizó un breve análisis de la población de Getafe y se analizaron los cuidados realizados actualmente el hospital enumerando los cambios que se producirían tras la introducción de una matrona en el servicio de forma permanente. Se realizó un análisis de los recursos previos con los que se dispondría. Se establecieron una serie de sesiones informativas para el personal de planta y para el personal Atención Primaria. Se establecieron las reuniones de los grupos de trabajo encargados de la realización de los planes de cuidados y los protocolos de actuación. Se analizaron los recursos necesarios en comparación con los recursos previos ya estudiados. **RESULTADOS:** Se concluyó en que con la introducción de una matrona en la planta de obstetricia se produciría una mayor calidad asistencial y una optimización de los recursos existentes. **DISCUSION:** Con la aplicación de este proyecto las mujeres serían atendidas por personal de enfermería especializado para tal fin. La atención se realizará a través de planes de cuidados estandarizados. Habrá un aumento de la calidad percibida por los usuarios, esa es nuestra intención. Mayor confort de las mujeres al evitar traslados innecesarios y estancias prolongadas en la unidad de dilatación. Se integra en los cuidados el concepto de unidad familiar.



P-248.- ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS GESTANTES CON INTENCIÓN DE PARTO NATURAL ATENDIDAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

LUNA-GARCÍA R, GARCÍA-LÓPEZ L, MARTÍ-SOLÉ N, GARCÍA-VICUÑA M, ROLDÁN-MERINO J.

HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU DE ESPLUGUES DE LLOB. (BCN).

RESUMEN.

OBJETIVOS: Describir las características sociodemográficas de las gestantes y prácticas clínicas realizadas por los profesionales a las mujeres que solicitan un parto natural. Conocer los métodos alternativos para el control del dolor, así como el grado de satisfacción en relación a la experiencia vivida. **MATERIAL Y METODOS:** Se trata de un estudio descriptivo transversal realizado durante el segundo semestre de 2011 en un hospital de tercer nivel ubicado en la provincia de Barcelona, que atiende a una población de referencia de 250.000 habitantes. La población de estudio fueron todas las mujeres gestantes que fueron atendidas en el hospital durante el periodo de estudio con intencionalidad de parto natural. Se recogieron de cada gestante variables sociodemográficas como la edad, la nacionalidad y el nivel de estudios. También variables relacionadas con la práctica clínica como amniorrexis, episiotomía, etc. Se ha realizado un análisis descriptivo y univariante. Se ha trabajado con un nivel de confianza del 95% y se ha considerado que la diferencia entre variables es significativa cuando el grado de significación (p) es menor o igual a 0,05. El análisis de los datos se ha realizado mediante el paquete estadístico SPSS 19.0 para Windows. **RESULTADOS:** Se atendieron a 2036 gestantes en trabajo de parto. De éstas, 155 (7,6%) manifestaron deseo de parto natural. Finalmente sólo 38 gestantes finalizaron con un parto natural. Los métodos alternativos utilizados más frecuentemente para el control de dolor fueron la deambulación (69,0%), la esferodinamia (56,0%) y la hidroterapia (41,3%). Se ha estudiado la relación entre el uso de la analgesia peridural con el inicio del parto, con la amniorrexis y con la estimulación oxiótica. Y se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($p=0,016$; $p=0,009$ y $p<0,0001$ respectivamente), en el sentido de que la inducción al parto, la amniorrexis artificial y el uso de oxitocina precisaron mayor analgesia peridural, para este análisis se ha utilizado el test exacto de Fisher. Con respecto a la satisfacción de las gestantes más de 90% han declarado un nivel de satisfacción muy alto en relación a la información, atención recibida y recursos disponibles. **DISCUSION:** Actualmente el porcentaje de mujeres que solicitan un parto natural en un hospital terciario se sitúa por debajo de la media europea. Las prácticas clínicas están directamente relacionadas con el número de gestantes que finalizan con un parto natural.



P-249.- VARIABILIDAD EN LA PRACTICA DE EPISIOTOMÍA ENTRE MATRONAS Y SU IMPACTO SOBRE DESGARROS PERINEALES Y MORBILIDAD NEONATAL.

HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ A, BAÑO-GARNES AB*, MELERO-JIMÉNEZ MR.

HOSPITAL MANCHA-CENTRO DE ALCAZAR DE SAN JUAN.

RESUMEN.

OBJETIVO: Determinar la variabilidad en la realización de episiotomías entre matronas y su impacto en la aparición de desgarros perineales tipo III y IV, así como su repercusiones sobre la morbilidad neonatal. METODO: Estudio Observacional retrospectivo sobre un total de 1640 partos eutócicos realizados durante los años 2010 y 2011 en Hospital Mancha-Centro de Alcázar de San Juan. Se incluyeron todas las gestantes que dieron a luz un recién nacido vivo, excluyendo los partos de aquellas matronas que no habían alcanzado un mínimo de 30 partos. RESULTADOS: La variabilidad de la practica de la episiotomía oscilo entre el 17,9% y el 48,9% entre 13 matronas a estudio, con un tasa promedio de 34.9%. Se agruparon por tasas de episiotomía en < o igual 20%, 21-30%, 31-40% y > 40%, observándose para un total de 8 (0,5%) desgarros tipo III-IV, falta de relación estadística con la tasa de episiotomía ($p=0,66$). No se observa relación lineal entre mayores tasas de episiotomía y pH de arteria umbilical acidóticos ($p=0,78$), puntuaciones de apgar al minuto ($p=0,06$) y a los cinco minutos ($p=0,68$) menor o igual a 7 grado de reanimación neonatal avanzado tipo III y IV ($p=0,14$). DISCUSION: La variabilidad de la a tasa de episiotomía es muy alta y no se relaciona con la mayor presencia de desgarros tipo III y IV , ni mayor morbilidad Neonatal. No se justifica mayores tasas de episiotomías para prevenir el trauma perineal ni el bienestar fetal.



P-250.- FACTORES RELACIONADOS CON LA PERCEPCIÓN MATERNA DE CONTROL DURANTE EL PARTO.

CUENCA-CALABUIG C¹ *, SANTAMARÍA-CASTAÑER JI¹, MOTILLA-NOGUERÓN R², RICHART-MARTÍNEZ M³, OLIVER-ROIG A³.

¹ HOSPITAL DE ALCOI. ² HOSPITAL DE ELDA. ³ DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA, UNIVERSIDAD DE ALICANTE

RESUMEN.

OBJETIVO: determinar los factores relacionados con la percepción de control durante el parto. **PERSONAS Y METODO:** Se administró un cuestionario autocumplimentado durante el segundo día posparto a una muestra accidental de 364 puérperas, atendidas en tres hospitales de la Comunidad Valenciana. Se incluyeron variables sociodemográficas, escalas de autoeficacia general (Escala General de Autoeficacia y Escala de Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés) e información sobre la satisfacción materna con el embarazo, percepción de los cambios corporales, movilidad durante el parto y momento del primer contacto con el bebé. Se obtuvieron datos obstétricos mediante revisión de historia clínica. Entre el 1er y 3er mes posparto se obtuvieron datos sobre la percepción materna de **control (versión española de la "Labour Agency Scale" (LAS)), sobre el apoyo familiar y la existencia de mensajes contradictorios de profesionales**, mediante un cuestionario autocumplimentado por correo postal. Se identificaron las variables asociadas con las puntuaciones totales de la escala LAS, mediante la correlación de Pearson o el test de la T de Student. **RESULTADOS:** La tasa de respuesta al cuestionario postal fue de 61,8% (n=225). La media de edad fue de 31,8±6,3 años y el 41,8% (n=94) primíparas. El 38,7% (n=87) de los partos fue de inicio espontáneo, el 38,7% (n=87) estimulado y el 22,7% (n=51) inducido. La rotura de membranas fue artificial en el 46,2% (n=120) de los casos. Para el control del dolor se utilizó la epidural en el 41% (n=94) de los partos. El 80,8% (n=181) de los partos fueron eutócicos. Existe asociación estadística entre la puntuación total de la escala LAS y variables socioeconómicas (ingresos familiares y situación laboral), psicológicas (satisfacción con el embarazo, percepción de los cambios corporales de la gestación y parto y puntuación total de la escala de autoeficacia general), intervenciones profesionales (movilidad en el parto) y satisfacción con el apoyo familiar recibido. **Conclusiones:** Actividades profesionales que mejoran de forma general la seguridad, la vivencia de la gestación y la percepción de los cambios corporales debidos a la gestación y parto y la implicación familiar en los cuidados pueden contribuir a mejorar la percepción de control durante el parto. Se demuestra que intervenciones recomendadas en las principales



guías de práctica clínica, como la libre movilidad durante el parto, se relacionan con la percepción de control materno.



COMUNICACIONES ORALES



O-001.- FENÓMENO DEL PLAN DE PARTO Y LOS ROLES SANITARIOS TRADICIONALES DE PODER.	130
<i>BLAS-ROBLEDO M.</i>	
O-002.- NUEVA HERRAMIENTA ON-LINE: WWW.VIVIRLAMATERNIDAD.COM.	131
<i>MARTÍN-JIMÉNEZ E*.</i>	
O-003.- IMPLICACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN EL MALTRATO CONTRA LAS MUJERES A TRAVÉS DE UN MODELO DE FORMACIÓN.	132
<i>MARTINEZ-GALIANO JM.</i>	
O-004.- FUNCIONES Y COMPETENCIAS DE LA MATRONA EN EL PERIODO OBSTÉTRICO DE UNA GESTANTE CON NEFROPATÍA LÚPICA.	133
<i>HERRERO-OLIVER R.</i>	
O-005.- PAIS DE NACIMIENTO MATERNO Y TERMINACIÓN DEL PARTO.	134
<i>MARTÍNEZ-GARCÍA E, OLVERA-PORCEL MC, AMEZCUA-PRieto C, JIMÉNEZ-MEJÍAS E, LUNA-DEL CASTILLO JD, BUENO CAVANILLAS A.</i>	
O-006.- CLIMATERIO EN LA CONSULTA DE LA MATRONA: EL GRAN RETO PARA EL SIGLO XXI.	135
<i>SERRANO-GÓMEZ S, DEL ARCO-RAMOS P*, PARDO-MARTÍNEZ N, CARAVACA-BERENGER MJ, OSETE-BAÑOS S, MONTIEL-AMADOR MC.</i>	
O-007.- PROYECTO DE IMPLANTACIÓN DE LA GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS EN LACTANCIA MATERNA EN UN AREA DE SALUD.	136
<i>HARILLO-ACEVEDO FD, MARTÍNEZ-ABELLÁN JM, SÁNCHEZ-NAVARRO MC.</i>	
O-008.- LA AUTONOMÍA Y LA INFORMACIÓN COMO BASE DE LA JUSTIFICACIÓN ÉTICA Y LEGAL DE LOS PLANES DE PARTO.	137
<i>SUÁREZ-CORTÉS M.</i>	
O-009.- PLANES DE PARTO EN UN HOSPITAL REFERENTE: PREFERENCIAS MATERNAS, ALTERNATIVAS ASISTENCIALES Y PROPUESTAS DE MEJORA.	138
<i>SALGUERO-CABALGANTE R, GALLARDO-TRUJILLO C, JALÓN-NEIRA RM.</i>	
O-010.- LIPDUB COMADRONAS ASSIR BAGES-SOLSONÉS.	139
<i>RIBA-TRAVE MT, PASCUAL-ARGUEDAS A, RAMOS-RASTRERO MC, VILASECA-GRANE A, CRESPO-JIMÉNEZ N, LUQUE-VARGAS M.</i>	
O-011.- PREOCUPACIONES EN MATERIA DE SALUD SEXUAL DE UN GRUPO DE MUJERES DISCAPACITADAS.	140
<i>LIEBANA-LIEBANA G, SIMÓN-PÉREZ A, ROMERO-MEDINA M, SERRANO-MOLINA J, WENCERLA-SIMÓN MJ, .</i>	
O-012.- LA EVALUACIÓN DEL RESIDENTE DE MATRONA A TRAVÉS DE LA PIRÁMIDE DE MILLER: SABER, SABER COMO Y DEMOSTRARLO.	142
<i>FERNANDEZ-CABALLERO A*, BAENA-ANTEQUERA F, RAMOS-RODRÍGUEZ T, CANDAU-CÁCERES S, ALARCÓN-MARTÍNEZ ML, LAGOS-MORENO N.</i>	
O-013.- IMPACTO DE LA EDUCACIÓN MATERNAL SOBRE LOS RECURSOS DEL SISTEMA SANITARIO.	144
<i>MARTÍNEZ-GALIANO JM, MARTÍNEZ-LEÓN J, FERNÁNDEZ-VALERO MJ, ROMERO-PUERTOLLANO T, PÉREZ-RODRIGUEZ A, DELGADO-RODRIGUEZ M.</i>	
O-014.- SEXOPOLI. LA EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL EN JÓVENES.	145
<i>PALAU-COSTAFREDA R*, TORRES-PENELLA C, COLL-NAVARRO G.</i>	
O-015.- SEXUALIDAD Y DIVERSIDAD CULTURAL.	146
<i>MONTERO-PONS L, ROJAS-AVILÉS M, BIURRUN-GARRIDO A.</i>	
O-016.- EL "RÉGIMEN" CUBANO: INFLUENCIA DE LA ALIMENTACIÓN EN LA EMBARAZADA.	147
<i>IZAGOÑOLA-ORDÓÑEZ P, MAZA-ROMERO J, RODRÍGUEZ-FRÍAS IM, MARTÍN-PÉREZ M.</i>	
O-017.- PROBLEMÁTICA DEL ABORTO EN CIENFUEGOS (CUBA): UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO MÁS.	148
<i>VALCÁRCEL-MOMBLANT F, RODRÍGUEZ-FRÍAS IM, GÓMEZ-CARMONA T, HERNÁNDEZ-LIROLA ML.</i>	
O-018.- TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN DURANTE EL EMBARAZO.	149
<i>LUQUE-LEÓN M *, GARRIDO-LÓPEZ M, CASADO-FERNÁNDEZ L, MAYORAL-CÉSAR V.</i>	
O-019.- EL PAPEL DE LA MATRONA EN EL APOYO PSICOLÓGICO, A LA MADRE Y LA FAMILIA, TRAS LA MUERTE INTRAUTERINA DE SU HIJO.	150
<i>RICHARDSON S.*, MAZÓN C, ZARAGOZA M, CONESA MB.</i>	
O-020.- INFLUENCIA DE LA EDUCACIÓN MATERNAL EN EL HÁBITO TABÁQUICO DE LA EMBARAZADA.	151
<i>FERNÁNDEZ-VALERO MJ*, MARTÍNEZ-GALIANO JM, GUTIÉRREZ-MARTÍNEZ MM, MENDOZA-ARIZA M, ORTÍZ-ALBARIN MD, LÓPEZ-RUIZ MB.</i>	



O-021.- PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: ESTUDIO DE LA FUNCIÓN SEXUAL EN LA POBLACIÓN MARROQUÍ FEMENINA EN EDAD FÉRTIL EN EL EJIDO.	152
<i>LORCA-BARCHÍN V*, MENDOZA-ARIZA M, RIVAS-CASTILLO MT.</i>	
O-022.- COMPUESTOS DISRUPTORES ENDOCRINOS: SALUD DE LA EMBARAZADA Y RN.	153
<i>MACARRO-RUIZ D*, MANRIQUE -TEJEDOR J, MIGUÉLEZ-LLAMAZARES L, PÉREZ-DE LA HIJA P, MARTÍNEZ-MARTÍN E, MARTÍNEZ-GALÁN P.</i>	
O-023.- LA EDUCACIÓN MATERNAL FAVORECE EL INICIO PRECOZ Y MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA.	154
<i>FERNÁNDEZ- VALERO MJ *, MARTÍNEZ- GALIANO JM, MEDINA-GIL AM, RIQUELME-RAYA R, MORENO-GARCÍA CJ, ROSALES-CHAMORRO MM.</i>	
O-025.- INTRODUCCIÓN A LA BIOÉTICA.	155
<i>ÓRPEZ-MARTÍNEZ M, ÓRPEZ-MARTÍNEZ MM, MONTIEL-LÓPEZ FJ.</i>	
O-028.- BUSCANDO OTRAS FORMAS DE APRENDER. LOS PRIMATES.	156
<i>LLAVORÉ-FÀBREGAS M, ESPART-HERRERO L, CASILLAS-BARRAGÁN B, CUENCA-DÍEZ B.</i>	
O-029.- MEDIDAS DE PREVENCIÓN DEL TRAUMA PERINEAL DURANTE EL PERÍODO EXPULSIVO.	157
<i>ENRÍQUEZ-RODRÍGUEZ I, MUÑOZ-ALBA E.</i>	
O-030.- IMPORTANCIA DE LA CONSULTA PRECONCEPCIONAL EN LA MUJER CARDIÓPATA.	158
<i>LUQUE-LEÓN M*, GARRIDO-LÓPEZ M, CASADO-FERNÁNDEZ L, MAYORAL-CÉSAR V.</i>	
O-031.- GRUPOS DE MENOPAUSIA EN ATENCIÓN PRIMARIA: UNA REALIDAD POSIBLE.	159
<i>GIL-BUENDIA MA.</i>	
O-032.- EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA DIABETES GESTACIONAL. AULA CONDUCTIDA POR LA MATRONA.	160
<i>PARDO-MARTÍNEZ N *, CARAVACA-BERENGUER MJ, SERRANO-GÓMEZ SM, DEL ARCO-RAMOS P, PARDO-MARTÍNEZ A, SÁNCHEZ-ROCA AM.</i>	
O-033.- PROTECCIÓN DEL PERINÉ EN EL EXPULSIVO: "HANDS ON" VS "HANDS OFF".	161
<i>MIGUÉLEZ-LLAMAZARES L*, MACARRO-RUIZ L, MARTÍNEZ-GALÁN P, MARTÍNEZ-MARTÍN E.</i>	
O-034.- INFORMACION DE LAS GESTANTES EN EL CONSUMO DE SUPLEMENTOS DIETÉTICOS Y PRODUCTOS HERBARIOS.	162
<i>ALCÁZAR-CONTRERAS N, PEDREÑO-LÓPEZ JA, CONTRERAS-GIL J*, CONTRERAS-GIL MT, LÓPEZ-FUENTES J, ELENA-ELENA MC.</i>	
O-035.- EFECTO DE LA GANANCIA MATERNA DE PESO SOBRE LAS VARIABLES PERINATALES.	163
<i>JASO-SANTAFE C, VIÑALS-GUTIÉRREZ A, OLLER-VIVES C.</i>	
O-036.- PIEL CON PIEL. PROTOCOLO DE IMPLANTACIÓN EN PARITORIO.	164
<i>OBIOL MA, POVEDA E.</i>	
O-037.- EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL PROTOCOLO MANEJO ACTIVO DEL ALUMBRAMIENTO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA.	165
<i>MAZA-ROMERO J, IZAGOÑOLA-ORDÓÑEZ P, VALCÁRCEL-MOMBLANT F, GÓMEZ-CARMONA T.</i>	
O-038.- MANEJO DE LA RETENCIÓN PLACENTARIA BASADO EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA ACTUAL.	166
<i>VALENCIA E *, ORELLANA M, VAELLO A, RODRÍGUEZ B, NEGRILLO M, CASTILLO E.</i>	
O-039.- LACTANCIA MATERNA A TRAVÉS DE LA HISTORIA:DE DONDE VENIMOS, HACIA DONDE VAMOS.	167
<i>OBIOL MA.</i>	
O-040.- ¿AUMENTA EL INGRESO DE NEONATOS POR HIPERBILIRRUBINEMIA SI SE REALIZA PINZAMIENTO TARDÍO EN MADRES CON RH NEGATIVO?.	168
<i>NAVARRO-RUIZ, I, MARTÍNEZ-MARTÍNEZ E, SEGUNDO-ORTÍN MV, GÓMEZ-LÓPEZ A, MARTÍNEZ-MARTÍNEZ A, TONDA-MENA I.</i>	
O-041.- ¿INFLUYE EL COLECHO EN LA MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE?. REVISIÓN SISTEMÁTICA.	169
<i>RUBIO-ÁLVAREZ A*, TORRES-GALLEGO-CASILDA C, ARRIAGA-RODRÍGUEZ AM, BARRILERO-FERNÁNDEZ E, AYUSO-GÓMEZ-PIMPOLLO L, CRUZ-CORRALES S.</i>	
O-042.- LA MATRONA Y LA RECUPERACIÓN DE CESÁREAS EN PARITORIO: CONTACTO PIEL-PIEL.	170
<i>CAMACHO-ÁVILA M*, CAMPOS-MARTÍNEZ A, HERNÁNDEZ-SÁNCHEZ E, MÍNGUEZ-ANDREU G.</i>	
O-043.- ¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DEL CONTACTO PIEL CON PIEL PRECOZ EN LAS MADRES Y LOS RECIÉN NACIDOS SOMETIDOS A CESÁREA?.	171
<i>RUIZ-FERNÁNDEZ MC, FERNÁNDEZ- DOMÍNGUEZ B., CANDAU-DE CÁCERES S.</i>	
O-044.- EL DOLOR DEL PEZÓN DURANTE LA LACTANCIA, UN SIGNO INFRavalorado.	172
<i>VALLMAJÓ N, AZNAR I, MARTÍNEZ S, ISAL L, FERNÁNDEZ B, GARCÍA V.</i>	



O-045.- EVOLUCIÓN DE LA LESIÓN PERINEAL EN EL PARTO VAGINAL.	173
<i>MARGAIX-FONTESTAD L, ARRIERO-HURTADO B, IÑIGUEZ-HERNÁNDEZ C.</i>	
O-046.- PAPEL DEL CHUPETE Y LA LACTANCIA EN LA PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE MUERTE SUBITA DEL LACTANTE.	174
<i>MOYA-COBOS A*, REYES-MORILLAS M, ROQUE-MARTÍNEZ M, MARTÍNEZ-LEÓN J, GIMÉNEZ-GARCÍA S, LORCA-BARCHIN V.</i>	
O-047.- NACIMIENTO LOTUS Y ÁRBOL DE LA VIDA.	175
<i>VÁZQUEZ G, AMORÓS A, WATERS S, MOLINA R.</i>	
O-048.- CONOCIMIENTO Y USO DEL ÓXIDO NITROSO EN EL PARTO.	176
<i>MIGUÉLEZ-LLAMAZARES L*, PÉREZ-DE LA HIJA P, MARTÍNEZ-MARTÍN E, MARTÍNEZ-GALÁN P, MACORRO-RUÍZ L, MANRIQUE-TEJEDOR J.</i>	
O-049.- ¿ES LA EPISIOTOMÍA DE RUTINA UNA TÉCNICA A ABANDONAR?.	177
<i>VAELLO A, VALENCIA E, ORELLANA M, CASTELLANO N, CASTRO M, BROULLON M.</i>	
O-050.- PROTOCOLO DE ATENCIÓN INMEDIATA AL RECIÉN NACIDO SANO EN SALA DE PARTOS.	178
<i>PUJOL-ABAJO M*, MORENO-IGLESIAS R, GONZALEZ-PAREDES S, DUEÑAS-HERRERO N, ESTRUCH-RIU A, REY-ARIJON M.</i>	
O-051.- INFLUENCIA DE LA ANALGESIA EPIDURAL EN EL PARTO: CUIDADOS DE LA MATRONA.	179
<i>ORELLANA-REYES M*, VALENCIA-GÓMEZ E, VAELLO-ROBLEDO A.</i>	
O-052.- FACTORES ASOCIADOS A LA PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE EDUCACIÓN MATERNAL.	180
<i>MARTÍNEZ-LEÓN J, MARTÍNEZ-GALIANO JM, MEDINA-GIL AM, ÁGUILA-BARRANCO JC, SIERRA-FERNÁNDEZ MF, GÁLVEZ-TORO A.</i>	
O-053.- LA EDUCACIÓN MATERNAL COMO HERRAMIENTA ÚTIL EN LA ATENCIÓN AL PARTO.	181
<i>MEDINA-GIL AM, MARTÍNEZ-GALIANO JM, LUQUE-LÓPEZ E, DEL REY-MÁRQUEZ MD, ASENSIO-PASTOR PA, PÉREZ-MARTÍN B.</i>	
O-054.- 1001 NOCHES DE SUEÑOS DE LUZ: DANDO A LUZ, DANDO VIDA. LIBRO DE RECOPILOTARIO DE VIVENCIAS DE PARTO EN DOMICILIO.	182
<i>WATERS-SILVA SE, CALVO-SAURET M, VÁZQUEZ-GARRETA G, AMORÓS AM.</i>	
O-055.- AMNIOTOMÍA COMO PRÁCTICA RUTINARIA PARA RESOLVER LA HIPODINAMIA EN EL TRABAJO DE PARTO ESPONTÁNEO EN MUJERES NULÍPARA.	183
<i>RUÍZ-GÓMEZ E, PÉREZ ESPARZA-TORRES L, SÁNCHEZ-HERRERA,S, REYES-JIMÉNEZ,S.</i>	
O-056.- EL PARTO NORMAL EN UN HOSPITAL COMARCAL: ¿SE ADECUA AL ESTÁNDAR DE LA OMS?.	184
<i>TOSQUELLA N*, MONTSERRAT N.</i>	
O-057.- EXPERIENCIA DE LOS PROFESIONALES EN LA ATENCIÓN AL PROCESO DE PARTO EN MUERTE INTRAUTERINA.	185
<i>MARTÍNEZ-SERRANO P, DÍAZ-SÁNCHEZ V, PALMAR-SANTOS AM, SOLIS-MUÑOZ M, ÁLVAREZ-PLAZA C, VIVANCO-MONTES ML.</i>	
O-058.- MANEJO POSTURAL DE LA GESTANTE DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y EXPULSIVO.	186
<i>*ORELLANA-REYES M, VAELLO-ROBLEDO A, VALENCIA-GOMEZ E.</i>	
O-059.- LA AUTONOMIA DE LA MUJER EN EL NUEVO PARADIGMA DE ATENCIÓN AL PARTO.	187
<i>MARTÍNEZ-GARCÍA E, POZO-CANO MD, GONZÁLEZ-JIMÉNEZ E, NAVARRO-JIMÉNEZ C.</i>	
O-061.- A PROPÓSITO DE UN CASO: MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA TIPO I.	189
<i>GARCÍA E, GARCÍA MJ, AMADOR L*.</i>	
O-062.- EDUCACIÓN SEXUAL PARA PADRES DE NIÑOS DE 8-9 AÑOS.	190
<i>GARCÍA E, AMADOR L, GARCÍA MJ, FERREIRO C, FONTÁN M, BARAJAS C.</i>	
O-063.- GRADO DE CONSECUCCIÓN DEL OBJETIVO DEL MILENIO Nº 5 VINCULADO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: "MEJORAR LA SALUD MATERNA".	191
<i>GARCÍA-DA SILVA A, ÁVILA-CUADROS M, MARTÍNEZ-GARCÍA E, SÁNCHEZ-ALÍAS M, MORIANA-LÓPEZ M.</i>	
O-064.- VIVENCIA DE LA MATERNIDAD EN MUJERES CON DISCAPACIDAD VISUAL.	192
<i>VELO M, RAMOS I*, GÓMEZ L, RAMOS A, BEDOYA NL, CAMPOS MR.</i>	
O-065.- PROTOCOLO DE ATENCIÓN A EMBARAZADAS CON PROBLEMAS DE MOVILIDAD.	193
<i>REINA J *, DE PRADO M, TORTI J, MOLINA E.</i>	
O-066.- MEJORANDO LOS CUIDADOS DE LA MATRONA:REFLEXOLOGÍA EN LA MATERNIDAD.	194
<i>BUENO-MONTERO E*, FERNÁNDEZ-ZÁRATE M.</i>	
O-067.- EXPERIENCIA CON GRUPOS DE MUJERES, PARA TRABAJAR EL SUELO PÉLVICO EN ATENCIÓN PRIMARIA.	196
<i>CREUS-PUJOL D, DOMÍNGUEZ-TORRES E, MONTE-MORA T, TEIXIDÓ-SENAR O.</i>	
O-068.- ASPECTOS LEGALES EN LA ACTIVIDAD DIARIA DE LA MATRONA.	197
<i>FERNÁNDEZ-ZARATE M*, BUENO-MONTERO E, FERNÁNDEZ -CABALLERO A.</i>	



O-069.- SEXUALIDAD MASCULINA Y EMBARAZO: LA SALUD SEXUAL DEL HOMBRE DURANTE EL EMBARAZO DE SU PAREJA.	198
<i>FERNANDEZ-CARRASCO FJ, VÁZQUEZ-LARA JM, RODRÍGUEZ-DÍAZ L.</i>	
O-070.- LA ATENCIÓN A LA MATERNIDAD: UNA CUESTIÓN DE GENERO?.	199
<i>MURILLO-MOLINA M, ABAJO-LAMAS S, SOMBRERO-TORRES I, DAMIAN-SOLA P, PAUCAR-GUEVARA M, FONOLLOSA-QUERALT C.</i>	
O-071.- TACTO NUTRITIVO. ESTUDIO PILOTO.	200
<i>RUÍZ-PLAZA JM, RAMÍREZ-PELÁEZ H, PADILLA-LEDESMA MM.</i>	
O-072.- CITOLOGÍA CERVICO VAGINAL. ALGO MÁS QUE EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER DE CERVIX.	201
<i>DEL ARCO-RAMOS P*, SERRANO-GÓMEZ S, CARAVACA-BERENGUER MJ, GARCÍA-DENIA J, PARDO-MARTÍNEZ N, OSETE-BAÑOS S.</i>	
O-073.- LACTAR DURANTE EL EMBARAZO Y EN TÁNDEM: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.	202
<i>ORENES-BELLIDO MA, PICÓN-CARMONA M, MARTÍN-MARTOS V, RUÍZ-CHUMILLA MA, GARRIDO-CARREÑO R, PAGÁN-MARÍN C.</i>	
O-076.- TOLERANCIA DEL IVE FARMACOLOGICO.	204
<i>PROHIAS-RICART S, CALVO-CEBRIÁN C, CARDENAS-GODOY B, ALBILLOS-MINGORANCE B, LLAMAS-RUÍZ A.</i>	
O-077.- GUIA DE VALORACION BASICA EN OBSTETRICIA, MANUAL DE BOLSILLO.	205
<i>FERNÁNDEZ-CABALLERO A*, RODRÍGUEZ-DÍAZ L, VÁZQUEZ-LARA J, BECERRA-GONZÁLEZ A, PRIETO-RIERA A.</i>	
O-078.- TERAPIA NEURAL.	206
<i>AMORÓS AM*, VALL C, VÁZQUEZ G.</i>	
O-081.- PREVENCIÓN DE LA TOS FERINA: GUÍA DE ACTUACIÓN DE LA MATRONA.	207
<i>DOMÍNGUEZ-SIMÓN, MJ*, GIL-IZQUIERDO F, GALINDO-MORENO I, CERVILLA-FERREIRO E, JIMÉNEZ-GALIANO AB, SEVILLANO-MANTAS M.</i>	
O-082.- IMPORTANCIA DEL PAPEL DE LA MATRONA EN EL ÁREA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.	208
<i>ROLDÁN-VERGARA T, RUÍZ-FERNÁNDEZ MC, FERNÁNDEZ-DOMÍNGUEZ B, CANDAU-DE CÁCERES S.</i>	
O-083.- SATISFACCIÓN MATERNA DEL ENSAYO CLÍNICO EFICACIA DE LA POSTURA MATERNA EN PARTOS CON MALPOSICIÓN FETAL OCCIPITOPSTERIOR.	209
<i>MOLINA-REYES CY, MUÑOZ-MARTÍNEZ AL, MARTÍNEZ-GARCÍA E, BERRAL-GUTIÉRREZ MA, CASTELLANO-IBAÑEZ FD, COBOS-RUÍZ FM.</i>	
O-084.- ¿MERECE LA PENA EL USO DE OXIDO NITROSO?.	210
<i>DE LA FUENTE-PEDROSA ER *, SÁNCHEZ-BARROSO MT, SEGURA-GARCÍA MH, SÁNCHEZ-FERNÁNDEZ M, GREGORIO-ÁLVAREZ, RUÍZ-MARTÍNEZ E.</i>	
O-085.- UTILIZACION DEL AGUA COMO ALTERNATIVA EN LA PREPARACION AL PARTO: VÍDEO.	211
<i>SERRANO-RAYA L.</i>	
O-086.- FITNESS ACUÁTICO ADAPTADO AL EMBARAZO: EL FUTURO DE LA PREPARACIÓN FÍSICA AL PARTO.	212
<i>FERNÁNDEZ J, FERNÁNDEZ M.</i>	
O-087.- DE AGUA DESTILADA EN MUJERES EN FASE PRODRÓMICA: ESTUDIO CUALITATIVO.	213
<i>HERNÁNDEZ-SÁNCHEZ E*, MÍNGUEZ-ANDREU G, CAMACHO-ÁVILA M, CAMPOS-MARTÍNEZ A.</i>	
O-088.- PROYECTO DE IMPLANTACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS INTRAPARTO: MEDIOS AUDIOVISUALES DIRIGIDOS A LA GESTANTE.	214
<i>LOSADA FJ*, LOJO C, FONT S, BENITO I, SOLANS R, ARRANZ A.</i>	
O-089.- ACOMPAÑAMIENTO EN EL NACIMIENTO.	215
<i>GARCÍA-LÓPEZ L, GARCÍA-VICUÑA M.</i>	
O-091.- EXAMINANDO EL POTENCIAL DE LA ABUELA PARA INFLUIR EN LAS DECISIONES DE LA MADRE SOBRE LACTANCIA MATERNA.	216
<i>ÓRPEZ-MARTÍNEZ M, ÓRPEZ-MARTÍNEZ MM.</i>	
O-092.- LA MATRONA EN EL ABORDAJE DE LOS ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL PUERPERIO.	217
<i>PALOMO-GÓMEZ R, FERNÁNDEZ-ORDÓÑEZ E, SÁNCHEZ-RUIZ P.</i>	
O-093.- DESGARRO PERINEAL VS EPISIOTOMÍA. RESULTADOS EN 4 RESIDENTES DE MATRONA.	218
<i>CARAVACA-BERENGUER MJ, PARDO-MARTÍNEZ N, SERRANO-GÓMEZ SM, OSETE-BAÑOS S, GARCÍA-MIGUEL R, DEL ARCO-RAMOS P.</i>	
O-094.- MEJORANDO LA ATENCIÓN DE LA MATRONA:MASAJE PERINEAL Y COMPRESAS CALIENTES EN EL EXPULSIVO.	219
<i>FERNÁNDEZ-ZARATE M*, BUENO-MONTERO E, FERNÁNDEZ-CABALLERO A.</i>	
O-095.- ¿INFLUYE LA POSICIÓN DURANTE EL EXPULSIVO EN LA LESIÓN PERINEAL?.	221
<i>MARGAIX-FONTESTAD L*, ARRIERO-HURTADO B, IÑIGUEZ-HERNÁNDEZ C.</i>	



O-096.- ACTUACIONES DE MATRONA ANTE UNA POSICIÓN POSTERIOR INTRAPARTO.	222
<i>GILART-CANTIZANO P, CUTILLA-MUÑOZ AM, RODRÍGUEZ-VILLA S.</i>	
O-097.- PROPUESTA DE PROTOCOLO DE ALTA HOSPITALARIA A LA PUÉRPERA EN EL PARTO DE BAJO RIESGO.	223
<i>PALOMINO-SALVADOR PA*, LÓPEZ-MARÍN R, FRUTOS-MOLINA D, GÓNGORA-JIMÉNEZ MV.</i>	
O-099.- SEXUALIDAD EN EL EMBARAZO Y EL PUERPERIO.	224
<i>MANZANO-RAMIREZ C, OLLE-RIBERA A, UYA-PONS C, ABELLA-JOVE M.</i>	
O-100.- ABORTO FARMACOLOGICO EN ATENCION PRIMARIA ESTUDIO DESCRIPTIVO.	225
<i>PRATS-RIBERA E, ALIAGA-MARTÍNEZ P, PRATS-MONTEJANO N, ALSINA-HIPOLITO M, ALLEPUZ A, SANTAELLA-URGELLES M.</i>	
O-101.- MEJORANDO LAS TASAS DE VALIDEZ DE LAS UNIDADES DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL.	226
<i>ORDORICA-NAVASCUES I, GONZÁLEZ-CORDERO MN, GUTIERREZ-QUINTANA C, PERICÓN-PÉREZ A, SOLER-PÉREZ D*, ZUAZO-GONZÁLEZ L.</i>	
O-102.- COMADRONA DE CONSULTAS EXTERNAS. ALGO MAS QUE "PONER CORREAS".	227
<i>FERNÁNDEZ-PASCUAL A, ZAMORA-MARTÍNEZ I.</i>	
O-103.- RELACIÓN ENTRE LA GLUCEMIA MATERNA Y LA VARIABILIDAD DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL DURANTE EL TRABAJO DE PARTO.	228
<i>POZO-SÁNCHEZ-ARCHIDONA M, OTT-PEREIRA A, ARRIBAS-DONATE A*, CASAS-MARTÍN S, ZARCO-CALONGE G.</i>	
O-104.- DESCRIPCIÓN DE LA PERCEPCIÓN SOBRE EL USO DEL PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO DURANTE LOS AÑOS 2010/11 EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA.	229
<i>RUIZ-FERRÓN C, JURADO-GARCÍA E, BAENA-ANTEQUERA F.</i>	
O-106.- CONSEJO GENÉTICO: ¿REALIDAD O FICCIÓN DE LAS COMPETENCIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA?.	230
<i>PÉREZ-TERUEL M, NAVARRO-GARCÍA A.</i>	
O-107.- MATERNIDAD GLOBAL.	231
<i>COTS I*, MAINAR G, ABELLA M.</i>	
O-109.- PLAN DE MEJORA EN LA OBTENCIÓN DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL.	232
<i>PIZARRO-GONZÁLEZ MA*, LLADÓ-GARCÍA A, MARTÍNEZ-LÓPEZ P, PEREIRA-ÁLVAREZ C, ARRANZ-BETEGÓN A.</i>	
O-110.- ¿CONOCEN LAS MATRONAS EN LA REGIÓN DE MURCIA EL TÉRMINO VIOLENCIA OBSTÉTRICA?.	233
<i>GÓMEZ-LÓPEZ A, POSTIGO-MOTA F, MARTÍNEZ-BIENVENIDO E, SÁNCHEZ-TERRER ME.</i>	
O-112.- COMPETENCIAS PROFESIONALES DE LAS MATRONAS. PERCEPCIONES Y OPINIONES.	234
<i>MUÑOZ-RODRÍGUEZ MN*, GÓMEZ-GARCÍA CI, RUÍZ-GARCÍA MJ.</i>	



O-001.- FENÓMENO DEL PLAN DE PARTO Y LOS ROLES SANITARIOS TRADICIONALES DE PODER.

BLAS-ROBLEDO M.

HOSPITAL DE BASURTO OSAKIDETZA.

RESUMEN.

Un plan de parto o nacimiento consiste en un documento en el cual la mujer y su entorno familiar, muestran cuáles son sus preferencias deseadas durante el parto. Es, por lo tanto, una manifestación de voluntad escrita, el ejercicio del derecho de cualquier usuario a decidir libremente, a consentir o no consentir sobre las intervenciones médicas que se le propongan. Se basa en la Ley General de Sanidad y Ley Básica Reguladora de Derechos y Deberes en Materia de Información y Documentación Clínica. HIPÓTESIS La resistencia de los profesionales sanitarios ante los deseos de las mujeres en cuanto al momento del nacimiento de sus hijos guarda estrecha relación con las relaciones de poder tradicionalmente establecidas entre los sanitarios y los/as pacientes. De ahí, que mi hipótesis se centre en las relaciones de poder como causa de la resistencia hacia estas prácticas. UNIDADES DE OBSERVACIÓN Textos: planes de parto presentados en los últimos 2 años en el Servicio de Obstetricia y Ginecología de un hospital terciario de Euskadi. Profesionales sanitarios que trabajan en dicho Servicio del hospital (ginecólogos/as y matronas). Como muestra, he seleccionado las personas que trabajan conmigo habitualmente (matronas) y los ginecólogos/as que han coincidido recientemente en mi turno de trabajo. TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS Análisis de los textos Observación Participante Entrevista. RESULTADOS: Los escritos utilizados por las mujeres son generalmente modificaciones de modelos ya existentes, que se consiguen a través de internet, principalmente. La alusión a la cuestión legal ha sido muy frecuente en la observación participante; existe miedo de indefensión por parte de los profesionales, ya que el tema de la responsabilidad es muy importante y no está muy claro hasta donde llega la responsabilidad de las mujeres en su toma de decisiones si se producen situaciones de riesgo. Los profesionales, durante la entrevista personal, creen que los planes de parto son documentos cerrados, con información sesgada e ideal del proceso del parto. CONCLUSIONES En la atención sanitaria diaria, debe ser tenido en cuenta el enfrentamiento que se produce como consecuencia de la diferencia en los roles de poder entre personal sanitario y paciente. En esta ocasión, la legislación va por delante de la sociedad, dado que los/as pacientes gozan de unos derechos que chocan frontalmente con la tradición médica de "saber y de poder" y que en muchas ocasiones genera tensiones y desconfianzas.



O-002.- NUEVA HERRAMIENTA ON-LINE: WWW.VIVIRLAMATERNIDAD.COM.

MARTÍN-JIMÉNEZ E*.

C.S. JUAN DE LA CIERVA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: 1. Ofrecer información seleccionada a los padres que resuelva las dudas e inquietudes durante la maternidad, creando de este modo seguridad y confianza. 2. Formar a los padres mediante cursos online semanales, complementando a las clases presenciales. 3. Ofrecer a los profesionales una herramienta útil, sencilla y práctica para su uso en su labor asistencial, con garantía y seleccionada por un profesional como ellos. 4. Crear una red de padres para compartir sus vivencias y experiencias, permitiendo conocer las necesidades de información de los padres. **METODO:** Estos objetivos se persiguen con dos herramientas. Por un lado el desarrollo de una página web, donde los padres pueden encontrar información seleccionada profesionalmente. Los contenidos de www.vivirlamaternidad.com están divididos en educación, material, preguntas frecuentes y tablón solidario. La sección de educación ofrece cursos on-line de educación maternal y paternal, posparto y preparación física y mental. La sección de material ofrece información sobre preconcepción, embarazo, parto, posparto, lactancia y recién nacido. La web también ofrece calculadoras de fertilidad, de edad gestacional, de fecha probable de parto, así como una hoja de seguimiento de embarazo donde se reflejan las principales pruebas que se realizan en este periodo. El portal web www.vivirlamaternidad.com está conectado con facebook y twitter de tal manera que la actualización de contenidos se hace de forma continua. Existe un tablón solidario donde los padres ceden recursos entre ellos. La segunda herramienta consiste en un cuestionario tipo Likert sobre el portal. Está formado por 8 preguntas cerradas y 2 preguntas abiertas. El cuestionario fue pilotado en 10 padres (6 madres y 4 padres). Se entregaban una vez finalizados los grupos de educación maternal y paternal por la investigadora y por dos matronas. **RESULTADOS:** La creación de www.vivirlamaternidad.com, ha supuesto una novedosa iniciativa en el ámbito maternal, acogida de forma satisfactoria tanto por los padres como por los profesionales. **DISCUSION:** Con las nuevas tecnologías, la asistencia en los cuidados y los estilos de vida de los padres va cambiando y ello obliga a los profesionales a utilizar nuevas herramientas que permitan la mejora asistencial. La información que obtienen los padres en internet es muy amplia y no está sujeta a ninguna selección profesional, provocando en muchos casos confusión que tienen que resolver los profesionales en consulta. El portal presentado permite a los padres encontrar información seleccionada de la red a nivel profesional, garantizando su calidad. En definitiva se trata de una herramienta útil de consulta y difusión para las matronas y para todos los profesionales que prestan cuidados maternos, garantizando una asistencia de calidad.



O-003.- IMPLICACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN EL MALTRATO CONTRA LAS MUJERES A TRAVÉS DE UN MODELO DE FORMACIÓN.

MARTINEZ-GALIANO JM.

HOSPITAL SAN JUAN DE LA CRUZ.

RESUMEN.

OBJETIVO: Dar a conocer la implantación del modelo de sensibilización y formación en el abordaje del maltrato con las mujeres que se lleva a cabo en el Sistema Sanitario Público Andaluz. METODO: Revisión bibliográfica de las diferentes bases de datos, organismos oficiales y sociedades científicas, así como de la memoria de la red andaluza de formación contra el maltrato a las mujeres (redformma). RESULTADOS: El papel del personal sanitario es fundamental en la detección y el abordaje del maltrato contra las mujeres. Diferentes estudios reconocen la escasa implicación del personal sanitario en este problema. Este problema es considerado un problema de salud pública por la alta prevalencia que tiene, así como por las consecuencias que conlleva. Algunos de esos estudios reconocen que el personal sanitario solo reconoce el 1% de los casos de maltrato contra las mujeres en el desarrollo de su labor profesional diaria. La Red Formma la constituyen un grupo multidisciplinar de profesionales del Sistema Sanitario Público Andaluz. Nace en el año 2008 por iniciativa de la Secretaría General de Salud Pública y Participación de la Consejería de Salud, para dar cumplimiento a la normativa vigente en relación a la formación del personal de salud (Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de protección integral contra la violencia de género, artículo 15). El proyecto está coordinado por la Escuela Andaluza de Salud Pública. Con esta red se pretende sensibilizar, formar e implicar al personal sanitario para dar respuesta a un problema de SALUD.

DISCUSION: Las matronas representaron en el año 2011 el 1.14% del total de los profesionales que acudieron a dichas actividades. El papel de la matrona, tanto en atención primaria como en especializada, es fundamental para erradicar este problema puesto que el embarazo es un factor de riesgo para sufrir maltrato. Apoyándose en los diversos estudios se puede comprobar como el embarazo es una situación en la que si existe el maltrato este se agrava o puede ser la situación donde se inicie esta situación. Además el maltrato durante el embarazo tiene consecuencias sobre la madre y el recién nacido tanto a nivel físico, psíquico como social. Existen numerosos instrumentos para el cribado y diagnóstico del maltrato pero sin la sensibilización del profesional no tienen ninguna utilidad. Existe cierta controversia entre las sociedades científicas internacionales en lo referente a la implantación y desarrollo del cribado poblacional durante el embarazo.



O-004.- FUNCIONES Y COMPETENCIAS DE LA MATRONA EN EL PERIODO OBSTÉTRICO DE UNA GESTANTE CON NEFROPATÍA LÚPICA.

HERRERO-OLIVER R.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE.

RESUMEN.

Se expone el caso clínico de una gestante de 5+2 semanas de 34 años de edad que acude a consultas externas de ginecología derivada con prioridad preferente por la matrona de área al ser detectado como un embarazo de alto riesgo por sus antecedentes de nefropatía lúpica. Con la presentación de este caso se pretende desarrollar un plan de cuidados acorde a su situación durante el periodo de parto y puerperio, dónde la matrona tiene ámbito de acción muy bien definido, tanto en las actividades independientes como las de colaboración con el resto del equipo interdisciplinar. Al ser un embarazo de alto riesgo, el principal control será llevado a cabo por Tocología, pero la matrona de Atención Primaria también tiene mucho que hacer durante el desarrollo del embarazo y su vigilancia, principalmente de T.A, edemas, proteinuria, bienestar fetal, crecimiento uterino acorde a edad gestacional, etc... en el que cualquier parámetro anómalo será considerado como derivación urgente a Tocología para una valoración más exhaustiva. Por otro lado, en la llegada del momento del parto y el puerperio son también situaciones relevantes en el que la matrona de Atención Especializada trabajará conjuntamente con Tocología para proporcionar los cuidados necesarios que brinden a la gestante y posteriormente puerpera y neonato, una atención sanitaria de calidad. En el presente trabajo se desarrollarán los cuidados enfermeros y específicos de la matrona en el momento del parto y puerperio, puesto que la evolución del caso clínico es muy extenso y no se puede abarcar todo el proceso. Actualmente la gestante está en la semana 30 de su embarazo y se prevee la FPP para mediados de Julio si las medidas preventivas adoptadas evitan las complicaciones propias de la Nefropatía Lúpica, entre las que se encuentra la APP. Añadir que para llevar el control de este caso clínico se hizo una amplia búsqueda bibliográfica sobre estudios, ensayos, revisiones sistemáticas, etc... que nos dieron las pautas y medidas a seguir para el control y seguimiento del embarazo, parto y puerperio de la gestante, así como la previsión de las complicaciones propias de esta afectación sobre el embarazo, parto, puerperio y neonato. Esta búsqueda bibliográfica fue realizada conjuntamente por la Dra. Díaz, Jefa de Sección de Ginecología y Obstetricia y Raquel Herrero Oliver, EIR Obstetricia-Ginecología del CHUAB para su presentación en sesión clínica al resto del equipo de ginecología y matronas del Hosp. Gral. Almansa.



O-005.- PAIS DE NACIMIENTO MATERNO Y TERMINACIÓN DEL PARTO.

MARTÍNEZ-GARCÍA E, OLVERA-PORCEL MC, AMEZCUA-PRIETO C, JIMÉNEZ-MEJÍAS E, LUNA-DEL CASTILLO JD, BUENO CAVANILLAS A.

HOSPITAL DE GUADIX.

RESUMEN.

OBJETIVOS: - Identificar diferencias en la forma de terminación del parto según el país de nacimiento materno. METODO. Análisis de la serie de casos de mujeres que dieron a luz en el Hospital de Poniente (El Ejido) entre 2000 y 2010 inclusive, teniendo en cuenta el país de nacimiento materno y la forma de terminación del parto. Se aplica estadística descriptiva y analítica y mediante un modelo de regresión logística se trata de identificar la magnitud de la fuerza de asociación entre país de nacimiento materno y terminación del parto por cesárea, obteniendo OR crudas y ajustadas por edad materna, paridad, abortos previos, presencia de factores de riesgo pregestacionales, factores de riesgo gestacionales, edad gestacional al parto, forma de inicio del parto, uso de analgesia epidural, peso del recién nacido, control gestacional inadecuado así como los respectivos intervalos de confianza al 95%. Se exploran las posibles interacciones entre variables. Software estadístico STATA.10. RESULTADOS: - De 24.096 partos, el 19.7% terminaron en cesárea. Por orígenes las mujeres nacidas en países de África subsahariana presentaron los porcentajes más elevados de cesáreas con un 30.4% ($p < 0.001$). Las ORc oscilan entre 0.8, IC 95% = 0.7-0.9 para las mujeres del Este de Europa y ORc = 1.5, IC 95% = 1.8-1.3 para las del Resto del Mundo. En el análisis ajustado las estimaciones apenas se modifican. Se encuentra interacción entre el país de nacimiento materno y el uso de la analgesia epidural. DISCUSION.- El país de nacimiento materno no se muestra como una variable homogénea para el parto por cesárea, variando de unos colectivos a otros, y siendo significativamente elevados entre mujeres subsaharianas y latinoamericanas. Este resultado coincide con lo publicado hasta ahora en España. El hecho de que el resto de variables analizadas en este estudio no expliquen esta asociación, hace que nos planteemos la realización de estudios prospectivos que exploren otro tipo de variables como el nivel socioeconómico, educativo, estado civil, tiempo de estancia en España, grado de aculturación, etc, es decir, factores que hoy por hoy no quedan registrados en las bases de datos hospitalarias y que según la literatura pueden tener una clara influencia en estos resultados.



O-006.- CLIMATERIO EN LA CONSULTA DE LA MATRONA: EL GRAN RETO PARA EL SIGLO XXI.

SERRANO-GÓMEZ S, DEL ARCO-RAMOS P*, PARDO-MARTÍNEZ N, CARAVACA-BERENGER MJ, OSETE-BAÑOS S, MONTIEL-AMADOR MC.

H.VIRGEN DE LA ARRIXACA.

RESUMEN.

El climaterio es un amplio periodo de la vida de la mujer, que se extiende desde la época de madurez y plena capacidad reproductiva, hasta la senectud. Aunque de límites variables para cada una, la OMS lo sitúa entre los 45-65 años. Si tenemos en cuenta el aumento de la esperanza de vida en los países desarrollados (en España 84,1 años para la mujer), la población que se encuentra dentro de estos márgenes es **muy amplia (22'5% de la población femenina)** y no dejará de crecer en los próximos años. La matrona como responsable de la salud reproductiva y sexual de la mujer, debe de ser el agente sanitario de referencia para guiarla en este momento, en continuo contacto con el resto del equipo. Para ello cuenta con conocimientos teórico- práctico, así como con las competencias, para establecer un subprograma específico para el climaterio con sus intervenciones pertinentes. OBJETIVO: O. General: 1. Implantar a la matrona como figura de referencia para la mujer en el climaterio, sirviéndose para ello del programa de salud correspondiente, en armonía con el resto del equipo. O. específicos: 1.1 Instaurar dentro de la agenda de trabajo de la matrona el Programa de Climaterio en concordancia con el reto de programas. 1.2 Fomentar el trabajo en equipo y la formación continuada sobre el tema. METODOLOGÍA: Hemos realiza un estudio descriptivo basado en una revisión bibliográfica clásica de artículos publicados entre 2006 y 2012 en las principales bases de datos de enfermería. Del mismo modo hemos consultado las páginas del INE y del CREM. DISCUSION: Es fundamental que el climaterio pase a ocupar un lugar destacado en el quehacer diario de la matrona. Hay que tener en cuenta que la población diana de este Programa es muy importante y no dejará de crecer en los próximos años ,igualando e incluso superando a las mujeres en edad fértil y reproductiva.



O-007.- PROYECTO DE IMPLANTACIÓN DE LA GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS EN LACTANCIA MATERNA EN UN AREA DE SALUD.

HARILLO-ACEVEDO FD, MARTÍNEZ-ABELLÁN JM, SÁNCHEZ-NAVARRO MC.

HOSPITAL RAFAEL MENDEZ.

RESUMEN.

OBJETIVO GENERAL: Implantar las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica (GPC) de la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)® Lactancia Materna (LM) en un Área de Salud. Aumentar el porcentaje de recién nacidos al alta amamantado con LM exclusiva. Establecer un protocolo estandarizado sobre LM conocido y aplicado en las unidades seleccionadas. Mejorar la información y la satisfacción de las madres, padres y familiares sobre el amamantamiento. Unificar el sistema de registro y aumentar los niveles de cumplimentación del mismo. METODOS: Estudio cuantitativo, descriptivo, con cortes transversales. El Centro Colaborador Español JBI convocó en 2011 a instituciones interesadas a ser candidatas a Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados. 33 instituciones participaron, 8 fueron seleccionadas. Entre ellas nuestra área de salud. El comité responsable del proyecto tras realizar un estudio de las diferentes guías, seleccionó 5 Guías: LACTANCIA MATERNA. VALORACIÓN DEL DOLOR. PROFESIONALIDAD EN ENFERMERÍA. CUIDADOS DE LA OSTOMÍA. DESARROLLO DEL LIDERAZGO. El motivo por el se elige la Guía de LM es debido a la situación en la que se encontraba la LM en el área. Para ello se ha realizado una valoración inicial de la situación. Se han seleccionado las recomendaciones según los recursos disponibles y la factibilidad de implantarlas. Se continuara realizando cortes transversales que permitan valorar la evolución de la efectividad de las mismas. RESULTADOS: Antes de la implantación: El porcentaje de recién nacidos al alta amamantados con Lactancia Materna exclusiva inferior a 40,95%. No existían registros sistemáticos de los biberones solicitados por la madre o familiares, ni de su justificación. Permisividad, o no se hacía un control exhaustivo del uso de chupetes y complementos con tetinas que los familiares y las madres traían. En el momento del alta no existía un protocolo de información sobre grupos de apoyo u otros medios de ayuda domiciliaria. DISCUSION: Las GPC son recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar profesionales y pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas al abordar un problema de salud o una condición clínica específica. En un esfuerzo por acercar la evidencia a la práctica clínica, la RNAO publica Guías de Buenas Prácticas en Enfermería, para que las enfermeras puedan incorporarlas a su práctica diaria.



O-008.- LA AUTONOMÍA Y LA INFORMACIÓN COMO BASE DE LA JUSTIFICACIÓN ÉTICA Y LEGAL DE LOS PLANES DE PARTO.

SUÁREZ-CORTÉS M.

UNIDAD DOCENTE MATRONAS-H.U. SANTA LUCIA.

RESUMEN.

Introducción: La autonomía de la mujer en la toma de decisiones es de vital importancia en el proceso de parto, debido a la gran posibilidad de variaciones, opciones y actitudes que la asistencia al proceso de parto presenta. El plan de parto nace con el objetivo de respetar esta autonomía de la mujer; aunque este documento tenga ya más de 30 años, la implantación en nuestro país está siendo lenta y costosa. Por un lado hasta hace bien poco no existía un documento consensuado sobre el plan de parto, este hecho se subsanó con la publicación recientemente, por parte del ministerio de sanidad y consumo de un **documento titulado "plan de parto y nacimiento"**. Por otro lado los expertos no se ponen de acuerdo para establecer de qué tipo de documento legal se trata el plan de parto; y como consecuencia en parte de este último punto, carece de una legislación específica en la que poder desarrollarse. Estas dos últimas cuestiones son de gran importancia para poder desarrollar los planes de parto y nacimiento en nuestro entorno. OBJETIVOS: Definir qué tipo de documento legal es el plan de parto, y cuál es su normativa ética y legal. METODO: Revisión bibliográfica. Tanto de la bibliografía sobre los planes de parto, sobre la autonomía de la mujer y sobre la bioética existentes, así como de las leyes, convenios, declaraciones, y otros documentos de interés. RESULTADOS: Los planes de parto sí están reconocidos y regulados en la legislación vigente tanto a nivel nacional como internacional. Y así lo demuestran los 10 documentos que se han escogido como los más relevantes para justificar ética y legalmente los planes de parto. DISCUSION: El plan de parto y nacimiento se trata de un tipo de consentimiento informado, el cual tiene tres pilares fundamentales, está sustentado por el principio bioético de autonomía de la mujer, por la información y por la configuración del plan de parto como un tipo de consentimiento informado, adquiriendo así las características de estos.



O-009.- PLANES DE PARTO EN UN HOSPITAL REFERENTE: PREFERENCIAS MATERNAS, ALTERNATIVAS ASISTENCIALES Y PROPUESTAS DE MEJORA.

SALGUERO-CABALGANTE R, GALLARDO-TRUJILLO C, JALÓN-NEIRA RM.

HOSPITAL DE LA MUJER (HOSPITAL VIRGEN DEL ROCIO).

RESUMEN.

OBJETIVOS: - Analizar las preferencias de las gestantes documentadas en sus planes de parto. - Valorar las alternativas asistenciales en nuestra Unidad. - Realizar propuestas de mejora en la atención prestada, para aumentar la satisfacción de las gestantes. Método: Análisis descriptivo retrospectivo de los 34 planes de parto y nacimiento presentados a través de registro del Hospital de la Mujer (Hospital Universitario Virgen del Rocío) durante el periodo enero 2011-mayo 2012. RESULTADOS: El plan de parto y nacimiento es un documento escrito donde la mujer manifiesta sus preferencias en el proceso de parto, en aquellos aspectos en el que existen alternativas igual de eficaces y seguras. El documento informa sobre las prácticas basadas en la evidencia científica actual, recogidas en la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención del Parto Normal del Ministerio de Sanidad y en el Proceso Asistencial Embarazo, Parto y Puerperio de la Consejería de Salud de Andalucía. Se ha realizado análisis documental de los datos registrados por las gestantes, obteniéndose que las actuaciones más demandadas son: Elección del acompañante (97,05%), contacto piel con piel inmediato tras el parto (91,17%), inicio inmediato lactancia materna (79,41%), hidratación durante la dilatación (64,7%), no administración rutinaria de medicamentos para acelerar el parto (64,7%), elección del lugar y posición durante el parto (64,7%) y uso de material de apoyo facilitado por el hospital para el parto: pelota, espejo, cojines (64,7%). DISCUSION: Entendemos que el asesoramiento en Atención Primaria aumentaría el número de mujeres que presentan sus planes de parto en el Hospital, permitiendo mayor participación y conocimiento del proceso de parto. La mayoría de las prácticas demandadas por las gestantes forman parte de los protocolos de actuación de nuestra Unidad. Sin embargo, hemos detectado opciones de mejora en el acompañamiento durante el postparto inmediato y el parto de alto riesgo. Así como, el favorecimiento del contacto piel con piel e inicio precoz de lactancia materna en caso de cesáreas. Proponemos la realización de protocolos específicos para la mejora de estas prácticas. La administración de líquidos durante la dilatación y la no administración de manera rutinaria de medicamentos para acelerar el parto de bajo riesgo, están recogidas en el protocolo de atención al parto de bajo riesgo. En cuanto a la elección del lugar y posición durante el parto, se ha introducido recientemente una silla de partos vertical, no disponiéndose de datos en cuanto a la satisfacción.



O-010.- LIPDUB COMADRONAS ASSIR BAGES-SOLSONÉS.

RIBA-TRAVE MT, PASCUAL-ARGUEDAS A, RAMOS-RASTRERO MC, VILASECA-GRANE A, CRESPO-JIMÉNEZ N, LUQUE-VARGAS M.

ASSIR BAGES. ABS MANRESA-1 (BARRIO ANTIGUO).

RESUMEN.

Introducción: La mayoría de personas a las que hemos preguntado cuales son las funciones que desempeñan las comadronas nos responden que "ayudar a las mujeres a parir", asociando esta profesión, únicamente, a la sala de partos. Otro grupo de personas, menos numeroso, relaciona nuestra profesión, además de con el parto, con los controles y cuidado durante el embarazo. Son una franca minoría los que relacionan nuestra profesión con el amplio espectro de funciones que abarca, la prevención y atención a la mujer en todas las etapas de la vida, desde la adolescencia hasta la vejez. Por todo ello nos planteamos la posibilidad de dar a conocer todas las actividades que, diariamente, realizamos en atención primaria, y hacerlo de una manera divertida, alegre y simpática, fácil de difundir y que pueda llegar al máximo de personas posible: hacer un lipdub. OBJETIVO: Dar a conocer de una forma divertida, alegre y simpática las funciones que realizan las comadronas en los centros de salud. METODO: -Elaboración del proyecto. -Difusión del proyecto, y captación de profesionales y colaboradores para la filmación del lipdub. -Filmación del lipdub (realizada el día 12/05/2012) -Edición del lipdub. -Difusión del lipdub: youtube, y Web Asociación Catalana de comadronas y Colegio oficial de enfermería de Barcelona (los dos últimos actualmente en tramitación). RESULTADOS: -Proyección del lipdub. -Recuento de visitas realizadas al lipdub en youtube y diferentes webs en las que se difunda. (Se valoraran los resultados en octubre-2012). DISCUSION: La experiencia de grabación del libdub, en su totalidad, (preparación y realización) ha sido muy satisfactoria y gratificante. Se consiguió la participación de prácticamente la totalidad de comadronas de nuestro servicio, y una representación de diferentes profesionales que forman parte del mismo, así como mujeres embarazadas y puérperas con sus respectivas parejas, bebés y otros hijos, jóvenes, y familiares y amigos que, desinteresadamente, han colaborado en nuestro proyecto y, sin la ayuda de los cuales, hubiera sido imposible realizar esta experiencia. A todos ellos queremos agradecer su participación.



O-011.- PREOCUPACIONES EN MATERIA DE SALUD SEXUAL DE UN GRUPO DE MUJERES DISCAPADITADAS.

LIEBANA-LIEBANA G, SIMÓN-PÉREZ A, ROMERO-MEDINA M, SERRANO-MOLINA J, WENCERLA-SIMÓN MJ.

CENTRO MATERNO INFANTIL CIUDAD DE JAEN.

RESUMEN.

JUSTIFICACIÓN: El estereotipo de Mujer discapacitada es el de una NIÑA-ADULTA que frecuentemente esta en silla de ruedas, incapaz de hacer algo por si misma, seres dependientes, no aptos para el trabajo, sin necesidad sexual (contrariamente a los hombres discapacitados), no apta para tener pareja ni poder tener hijos. La sobreprotección familiar provoca dificultades para poder ejercer una vida independiente, así como la posibilidad de establecer relaciones sociales fuera de la familia. El aislamiento social y una merma en su autoestima sucede como causa de la negación de su sexualidad (Brückner, H). EL marco normativo teórico de protección en cambio, es amplio desde las Naciones Unidas, Unión Europea y España; deberían velar por los derechos de estas mujeres ya descritos, pero pocas veces son derechos ejercidos.

OBJETIVOS: 1. Determinar el orden de importancia de distintos aspectos relacionados con la en salud sexual y reproductiva. 2. Determinar estrategias que puedan que ayuden a resolver estas preocupaciones. **POBLACION:** Grupo de mujeres (20) con distintas discapacidades de edades comprendidas entre los 18 y 56 años de nuestra provincia. Que pudieran entender las preguntas aunque su lectura no fuese posible.

MATERIAL Y METODOS: Listado con 20 ITEMS del que la entrevistada debe elegir 7 por orden de importancia. Tras su cumplimentación , estudio descriptivo representado en graficas de barras sus resultados. **RESULTADOS:** Orden Items mas seleccionados: 1- Reconocimiento familiar sobre necesidades sexuales. 2- Necesidad de información sobre anticoncepción. 3- Derecho a la maternidad libremente elegida. 4- Reconocimiento social sobre necesidades sexuales de mujeres discapacitadas. 5- Prevención ca. cervix y mama. 6- Necesidad de consultas de ginecología adaptadas y personal preparado. 7- Necesidad de independencia por parte de la familia.

CONCLUSIONES: 1- Es preciso concienciar a la sociedad de que la mayoría de las mujeres discapacitadas tienen necesidades en materia de salud sexual y reproductiva, dejando de central el hecho en la palabra coito, ya que hay otras formas de vivir la sexualidad. 2- Debemos desterrar tabúes y prejuicios acerca de las mujeres discapacitadas. 3- Es necesario elaborar protocolos especificos para estas mujeres teniendo en cuenta las



distintas discapacidades. 4- Deberían de realizarse campañas de sensibilización social acerca de los derechos sexual y reproductivos de estos grupos y adaptar las campañas existentes a formatos accesibles a las distintas discapacidades. CONCLUSION ULTIMA: Es preciso desterrar los mitos que caracterizan a las mujeres discapacidades como eternas niñas, que no experimentan deseo y su posibilidad de que alguien pueda sentirlo por ellas.



O-012.- LA EVALUACIÓN DEL RESIDENTE DE MATRONA A TRAVÉS DE LA PIRÁMIDE DE MILLER: SABER, SABER COMO Y DEMOSTRARLO.

FERNANDEZ-CABALLERO A*, BAENA-ANTEQUERA F, RAMOS-RODRÍGUEZ T, CANDAU-CÁCERES S, ALARCÓN-MARTÍNEZ ML, LAGOS-MORENO N.

HOSPITAL "PUNTA DE EUROPA".

RESUMEN.

INTRODUCCIÓN La formación del residente es algo que preocupa a los tutores y a las Unidades Docentes. Más ahora que en Andalucía se está empezando a trabajar a partir de la creación de Unidades Multiprofesionales. Por ello la Asociación Andaluza de Matronas a través de la formación que se imparte a los residentes en PortalEir ha firmado un Convenio con la Fundación Iavante para realizar una Evaluación Clínica Objetiva Estructurada (ECO) para los residentes de nuestra especialidad que cursan el segundo año. Como sabéis, esta evaluación de las competencias adquiridas por los residentes durante su periodo formativo, se desarrolla a lo largo de sucesivas estaciones que simulan situaciones clínicas reales. La potencia de éste formato radica en la mezcla de métodos de evaluación, de manera que es capaz de explorar suficientemente tres de los cuatro niveles de la pirámide de Miller: saber, saber como y demostrar como. Los elementos fundamentales para el diseño de una ECO son: El Comité de Prueba, responsable de la ECO. La tabla de especificaciones. Los casos que darán lugar a las estaciones. Y las competencias profesionales a evaluar. El fin último de esta prueba, no supone ningún examen, tiene un objetivo formativo por lo que se dará un feedback de los resultados, de las fortalezas y de las competencias mejorables una vez analizados los resultados, a cada residente de forma individualizada. Es una oportunidad de participar en un tipo de prueba, con una metodología que se extiende desde la formación de grado hasta la acreditación de las distintas especialidades en muchos países. **OBJETIVO:** Demostrar las competencias adquiridas a lo largo de la residencia. **MATERIAL Y METODO:** Para la realización de este ECO, se designó a profesionales de distintas Unidades de Andalucía para trabajar conjuntamente con el Equipo de Iavante responsable de la ECO, que forman parte del Comité de Prueba. Este comité es el encargado de decidir el nº de estaciones a evaluar y realizar su diseño, definir las competencias a demostrar y los criterios mediante los que las personas participantes demostrarán lo aprendido mediante la resolución de casos en distintas estaciones, escenarios y metodologías. Primero se decidieron las áreas de conocimientos para diseñar las estaciones dentro de las cuales se encuentran las competencias a evaluar para lo cual se diseña el caso a realizar. **RECURSOS HUMANOS** Profesionales Matronas de las diferentes unidades docentes elegidas para el diseño del ECO. Profesionales Matronas que serán los



evaluadores. Personal técnico de IAVANTE que conducirán el diseño, puesta en marcha y realización del ECOE. Personal clínico de simulación. RECURSOS MATERIALES Incluidas en las instalaciones.



O-013.- IMPACTO DE LA EDUCACIÓN MATERNAL SOBRE LOS RECURSOS DEL SISTEMA SANITARIO.

MARTÍNEZ-GALIANO JM, MARTÍNEZ-LEÓN J, FERNÁNDEZ-VALERO MJ, ROMERO-PUERTOLLANO T, PÉREZ-RODRIGUEZ A, DELGADO-RODRIGUEZ M.

HOSPITAL SAN JUAN DE LA CRUZ.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Determinar la influencia de la educación maternal (EM) sobre la utilización de los servicios de urgencias de obstetricia por parte de las gestantes por motivos que no requieren dicha asistencia. Establecer la influencia de la EM sobre el ingreso del recién nacido en la unidad de cuidados intensivos (UCI) o en la unidad neonatal y la duración del ingreso de este y de la madre tras el parto en el centro hospitalario. **METODO:** Estudio multicéntrico observacional analítico llevado a cabo en el área sanitaria de cuatro hospitales del sistema sanitario público que en el año 2010 sumaron alrededor de los 10.000 partos. La recogida de datos se llevo a cabo desde enero del 2010 a enero del 2011. La población de estudio fueron mujeres primíparas mayor de edad que dieron a luz en alguno de estos centros y que no tuviese dificultad idiomática. Se estudiaron diferentes variables sociodemográficas y para determinar el uso de los servicios sanitarios. Los datos se recogieron a través de una entrevista, de la historia clínica y de la cartilla de salud de la embarazada. Para variables dicotómicas se estimó la odds ratio (OR) y su intervalo de confianza (IC) del 95%. En el análisis multivariable se aplicó la regresión logística, para la variable resultado (continua) se utilizó la comparación de medias, y en el análisis multivariable se utilizó el análisis de la covarianza. Para la estancia hospitalaria se utilizó una transformación logarítmica. **RESULTADOS:** Participaron 520 mujeres primíparas. De las 354 mujeres que realizaron la educación maternal 112 (31.64%) acudieron a urgencias obstétricas por motivos no necesarios mientras que de las 165 mujeres que no realizaron la educación maternal fueron 71 (43.03%)(OR=0.61,IC 95%=0.41-0.91). No se detectó asociación entre la realización de la EM y el número de visitas a urgencias por motivos no justificados($p=0.084$), ni sobre el número de días que la mujer permanece ingresada tras el parto($p=0.691$), ni en los días de hospitalización del recién nacido ($p=0.305$). Tampoco se identificó asociación con la necesidad de ingreso del recién nacido en la unidad neonatal (OR = 0.78, IC 95%=0.47-1.32) o en la UCI (OR = 0.38, IC 95% =0.09-1.52). **Conclusiones:** La EM hace que las mujeres realizan menor número de visitas a los servicios de urgencias de obstetricia por motivos no necesarios. La EM no tiene influencia sobre el ingreso del recién nacido ni sobre los días que permanece ingresado el recién nacido ni la madre tras el parto.



O-014.- SEXOPOLI. LA EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL EN JÓVENES.

PALAU-COSTAFREDA R*, TORRES-PENELLA C, COLL-NAVARRO G.

HOSPITAL MÚTUA TERRASSA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: **Objetivo primario:** Dar a conocer el "Sexopoli", un material educativo, dinámico e innovador, con la finalidad de realizar intervenciones educativas afectivo-sexuales dirigidas, tanto a los formadores del ámbito sanitario o educativo (enfermeras, matronas, docentes) como a los adolescentes. **Objetivo secundario:** Proporcionar a los profesionales de enfermería, matronas y personal docente de los centros de educación secundaria, un material de soporte para la Educación para la Salud (EpS) que permita evaluar el nivel de conocimientos y la actitud de la población joven frente la sexualidad, además de resolver las dudas más frecuentes de los adolescentes sobre la misma.

METODO: El material inicialmente se diseña como trabajo final de la asignatura "Cuidados enfermeros a la Comunidad" cursada en la Diplomatura de Enfermería y continua desarrollándose en la formación de Matrona. Para decidir el tipo de material educativo a elaborar y la población a quien va dirigida, se dispone de las siguientes fuentes de información: -Análisis de las respuestas de un bloque de ítems sobre dudas de salud afectivo-sexual realizadas a un grupo de jóvenes de edades comprendidas entre los 12 y 19 años. -Información por parte de los problemas más frecuentes que se encuentran las Matronas que desarrollan su tarea en contacto con adolescentes en la Atención Primaria. - Bibliografía del Departamento de Salud y del Departamento de Educación de la Comunidad Autónoma. Analizadas todas las fuentes, se decide llevar a cabo EpS afectivo-sexual a jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y 18 años. Esta educación, se materializa en forma del **juego de mesa: "Sexopoli. El juego de la sexualidad"**. El juego incluye un tablero de 21 casillas con un total de 73 tarjetas con preguntas formuladas para desarrollar la información que se quiere impartir y resolver las dudas más frecuentes.

RESULTADOS: El **proyecto se materializa en un juego de mesa inspirado en el "Monopoly" que permite tratar** temas como la autoestima, los métodos de contracepción y el embarazo entre otros más.

DISCUSION: Con este juego de mesa se pretende responder a las demandas de educación comunitaria dirigida a la población joven sobre sexualidad y cómo gestionarla. El juego aspira a ser puesto en práctica como recurso educativo para ser utilizado en las escuelas dentro de los programas de Salud escolar y facilitar la tarea de educadores, docentes y sanitarios.



O-015.- SEXUALIDAD Y DIVERSIDAD CULTURAL.

MONTERO-PONS L, ROJAS-AVILÉS M, BIURRUN-GARRIDO A.

PARC TAULI DE SABADELL.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Conocer la sexualidad en las culturas musulmana, latinoamericana y china.

METODOS: Breve revisión acerca de cómo viven la sexualidad en su sentido mas amplio estas 3 culturas.

DISCUSION: En nuestro trabajo como matronas necesitamos conocer las culturas de las mujeres con las que trabajamos. Esta comunicacion pretende dar unas pinceladas que sirvan como herrramientas a otras matronas.



O-016.- EL "RÉGIMEN" CUBANO: INFLUENCIA DE LA ALIMENTACIÓN EN LA EMBARAZADA.

IZAGOÑOLA-ORDÓÑEZ P, MAZA-ROMERO J, RODRÍGUEZ-FRÍAS IM, MARTÍN-PÉREZ M.

RESUMEN.

OBJETIVOS: analizar la alimentación en las gestantes de Cienfuegos (Cuba), su influencia en el índice de masa corporal (IMC) y la relación de éste con la edad, durante nuestra estancia desde el 29 de Febrero hasta 29 de Marzo de 2012. **MÉTODOS:** Hemos realizado un estudio observacional, transversal. **Población:** Las gestantes ingresadas en la planta de perinatología 8B del hospital y del palacio de la maternidad, excluyendo de esta recogida a **todas las que no tenían carné de la embarazada (llamado coloquialmente "tarjetón")**. **Muestra:** se realizó un muestreo conglomerado eligiendo a las mujeres ingresadas en la sala 8B del hospital y del palacio de la maternidad, en total 83 mujeres. **Fuente de información:** la historia clínica de las mujeres y el "tarjetón". **RESULTADOS:** El 56.16% del total de gestantes estudiadas tenían peso inadecuado. De las cuales el 31.71% tenía peso deficiente, 39.02% sobrepeso, 29.27% obesidad. Relacionando el IMC con la edad, obtenemos: IMC < de 18.8 Kg/m²: Edad media de 22.7, moda y mediana 21 años. IMC > 18.8 a < 25.6 Kg/m²: Edad media 24.6, no existiendo moda, la mediana es 23 años. **IMC ≥ 25.6 a < 28.6 Kg/m²: Edad media 26.3, moda 21 y mediana 27 años.** IMC > 28.6 Kg/m²: Edad media 32.7, no existe moda y la mediana es 35 años. **DISCUSIÓN:** Al relacionar el IMC con la edad de las mujeres estudiadas observamos que las más jóvenes se encuentran con peso deficitario, mientras que las mujeres con mayor edad tienen sobrepeso u obesidad. Así pues, podemos concluir que la alimentación cubana es desequilibrada y poco variada. Hay más mujeres malnutridas, por defecto y sobre todo por exceso, lo cual queda reflejado en nuestros resultados. Esto puede ser debido a que la alimentación en Cuba se caracteriza por carne de cerdo o pollo, plátano, yuca, arroz con frijoles, dulce de arroz con leche y café; en los hogares más pobres, el plato común consiste en arroz, frijoles y café con azúcar. Lo que se traduce en un gran aporte de hidratos de carbono y grasas con déficit proteico, de vitaminas y minerales. Desde el punto de vista de la calidad, la alimentación es muy energética. La ingesta diaria de energía se distribuye de manera desigual, siendo consumida la mayor proporción al final del día. A nivel cultural se valora más la cantidad que la calidad de los alimentos.



O-017.- PROBLEMÁTICA DEL ABORTO EN CIENFUEGOS (CUBA): UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO MÁS.

VALCÁRCEL-MOMBLANT F, RODRÍGUEZ-FRÍAS IM, GÓMEZ-CARMONA T, HERNÁNDEZ-LIROLA ML.

RESUMEN.

OBJETIVOS: conocer el índice de aborto y el uso de métodos anticonceptivos en Cienfuegos, durante nuestra estancia desde el 29 de Febrero hasta 29 de Marzo de 2012.

MÉTODOS: Hemos realizado un estudio observacional, transversal. Población: Las gestantes ingresadas en la planta de perinatología 8B del hospital y del palacio de la maternidad, excluyendo de esta recogida a todas las que no tenían carné de la embarazada (llamado coloquialmente "tarjetón").

Muestra: se realizó un muestreo conglomerado eligiendo a las mujeres ingresadas en la sala 8B del hospital y del palacio de la maternidad, en total 83 mujeres. Fuente de información: la historia clínica de las mujeres y el "tarjetón".

RESULTADOS: El 67.12% del total de mujeres estudiadas habían abortado alguna vez. De los cuales el 70.87% había sido interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y el 29.13% espontáneo. Observamos que 39 mujeres se habían realizado IVEs, de ellas 18 una sola vez, 12 con 2, 5 con 3 y 4 con 4. Analizando los métodos anticonceptivos utilizados obtenemos: El 62% de las mujeres no utilizan ningún método. El 14% utiliza dispositivo intrauterino (DIU) El 10% anticoncepción hormonal oral (AHO) El 9% preservativo El 3% DIU y preservativo El 1% método sintotérmico El 1% falta de datos.

DISCUSION: Podemos concluir que la mayoría de las mujeres en Cienfuegos no utilizan ningún método anticonceptivo, por lo que el aborto es utilizado como uno más. Hay mujeres que lo prefieren a tener que usar otros métodos, incluso de forma reiterativa, puesto que la sanidad es gratuita, no hay que alegar ningún motivo para abortar antes de las 10 semanas de gestación y los métodos anticonceptivos habituales sí tienen coste.



O-018.- TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN DURANTE EL EMBARAZO.

LUQUE-LEÓN M *, GARRIDO-LÓPEZ M, CASADO-FERNÁNDEZ L, MAYORAL-CÉSAR V.

RESUMEN.

OBJETIVO: conocer el impacto de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) sobre el embarazo, tanto para la madre como para el feto; además de los comportamientos llevados a cabo por este tipo de mujeres. MATERIAL Y METODO: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos tales como Medline, Uptodate, Scielo y Cochrane. RESULTADOS: Los trastornos de la conducta alimentaria afectan en 90 a 95% de los casos a mujeres, cuyas edades oscilan entre 12 y 25 años (1), comprendiendo las etapas de mayor capacidad reproductiva. Por lo general, la evidencia señala que los TCA durante el embarazo pueden generar múltiples consecuencias negativas, tanto fetales como maternas; con respecto a las fetales destacan las anomalías faciales congénitas, bajo peso al nacer, defectos del tubo neural, mayor mortalidad perinatal, etc... La mayoría de los artículos científicos encontrados coinciden en que estas complicaciones son a causa, probablemente, del inadecuado aporte de nutrientes además del uso de laxantes, diuréticos o supresores del apetito con potenciales efectos teratógenos. Por otro lado, la mayoría de autores defienden que los TCA impiden a estas mujeres poder adquirir un rol maternal adecuado, sin olvidar que una minoría de autores, defiende la mejoría de éste trastorno durante el embarazo. CONCLUSIONES: Las mujeres que sufren trastorno de la conducta alimentaria, deben ser consideradas como embarazos de alto riesgo, debido a los riesgos maternos y fetales que se han descrito con anterioridad. Por ello es muy importante la detección, el seguimiento y tratamiento de estas gestantes, por todos los profesionales de la salud implicados en el proceso.



O-019.- EL PAPEL DE LA MATRONA EN EL APOYO PSICOLÓGICO, A LA MADRE Y LA FAMILIA, TRAS LA MUERTE INTRAUTERINA DE SU HIJO.

RICHARDSON S. *, MAZÓN C, ZARAGOZA M, CONESA MB.

HOSPITAL TORREVIEJA.

RESUMEN.

OBJETIVO: Elaborar un protocolo de actuación, centrado en las necesidades psicológicas de la madre, padre y familia, tras la pérdida de un hijo, durante el periodo comprendido entre la concepción y el puerperio inmediato, para todo el personal del servicio de paritorio.

METODO: Revisión bibliográfica sistemática haciendo uso de: bases de datos (Medline, Scielo, Recolecta), Sociedades Científicas Médicas (SEGO), Sociedades Científicas de Matronas (ICM, FAME), Organizaciones no gubernamentales (OMS).

RESULTADOS: Tras la revisión realizada hemos encontrado que: - Es muy importante, durante estas situaciones, el saber actuar de todos los profesionales sanitarios y principalmente de la matrona, que va a ser la que mayor tiempo pase con los padres y familia. - Durante la formación de pre y postgrado no hay suficientes cursos de preparación para saber afrontar estas situaciones. - No existen guías de actuación hospitalaria. - Generalmente los hospitales no cuentan con la infraestructura adecuada. Por todo lo anteriormente expuesto se hace necesario: - La realización de protocolos de actuación en los servicios de paritorio. - La promoción de una infraestructura adecuada. - Cursos de formación, para los profesionales sanitarios, específicos para saber afrontar este tipo de duelos.

DISCUSION: En el Congreso Nacional de la SEGO 2011, se vio que las familias que recibieron una ayuda adecuada manejaron mejor el duelo, estuvieron mejor equipadas para integrar la muerte de su hijo-a en su vida diaria y mostraron estar satisfechos con el nivel de cuidados psicológicos que recibieron. La revista The Lancet (2011) afirma que la muerte fetal intrauterina es una realidad cotidiana en todo el mundo y que es importante cada caso que ocurre, proponiendo como un objetivo para el año 2020 el que disminuya el estigma asociado a la muerte fetal, así como un apoyo solidario a las familias afectadas. Charo Fernández, supervisora de partos del materno infantil del hospital de Donostia, tras identificar la falta de recursos para poder afrontar las situaciones de aborto espontáneo y pérdida fetal intrauterina, elaboró en el año 2007 un protocolo de actuación que permitirá a los padres despedirse del hijo que fallece antes de nacer o durante el parto y adecuar una sala de dilatación y postparto.



O-020.- INFLUENCIA DE LA EDUCACIÓN MATERNAL EN EL HÁBITO TABÁQUICO DE LA EMBARAZADA.

FERNÁNDEZ-VALERO MJ*, MARTÍNEZ-GALIANO JM, GUTIÉRREZ-MARTÍNEZ MM, MENDOZA-ARIZA M, ORTÍZ-ALBARIN MD, LÓPEZ-RUIZ MB.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAEN.

RESUMEN.

OBJETIVO: Determinar la influencia del programa de educación maternal sobre el hábito de consumo de tabaco en la mujer embarazada. METODO: Estudio multicéntrico observacional analítico prospectivo realizado en la zona sureste de España durante un año (enero 2011-enero 2012) con una muestra de 520 mujeres primíparas que dan a luz. Se tuvieron en cuenta diferentes variables como la realización de educación maternal, variables sociodemográficas y hábito tabáquico. Fue empleada la historia clínica y un cuestionario de elaboración propia, se estimó odds ratio (OR) con un intervalo de confianza (IC) del 95%. En el análisis multivariable se aplicó la regresión logística. RESULTADOS: El 57.62% (34) de las mujeres que fumaban en el tercer trimestre y que no acudieron al programa de educación maternal reduce el consumo de tabaco en el tercer trimestre, frente al 42,38% (25) de estas mujeres que no lo reducen. En el grupo de mujeres que fumaban en el tercer trimestre y que acudieron al programa de educación maternal, el 64.28% (72) reduce el consumo de tabaco durante el último trimestre de embarazo, frente al 35.72% (40) que no reduce dicho hábito tóxico en ese periodo del embarazo. (OR= 0.75, IC 95%=0.37-1.51). El 8,47% (5) de las mujeres que no acuden al programa de educación maternal incrementa el consumo de tabaco en el tercer trimestre, frente al 6,25% (7) de las mujeres que si acuden a las sesiones de educación maternal $p=0,64$. DISCUSION: La asistencia de las mujeres al programa de educación maternal no tiene influencia sobre la modificación de su hábito tabáquico.



O-021.- PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: ESTUDIO DE LA FUNCIÓN SEXUAL EN LA POBLACIÓN MARROQUÍ FEMENINA EN EDAD FÉRTIL EN EL EJIDO.

LORCA-BARCHÍN V*, MENDOZA-ARIZA M, RIVAS-CASTILLO MT.

EL EJIDO. (ALMERÍA)

RESUMEN.

OBJETIVO: Identificar el patrón de función sexual en las mujeres marroquíes en edad fértil de la zona para poder determinar las disfunciones sexuales específicas de esta población y si existen diferencias con otras poblaciones. METODO: Estudio transversal, observacional y prospectivo. Se realiza un revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed , Cuiden, CINAHL y Cochrane, limitando dicha búsqueda al periodo comprendido entre 2000 y 2012. La recogida de datos se realizará, unavez obtenidos todos los permisos necesarios, mediante una encuesta de la función sexual femenina en la población de habla árabe (ArFSFI), en el periodo comprendido entre julio del 2012 a julio del 2013, para así poder relacionar nuestros resultados con las variables epidemiológicas más influyentes en la función sexual femenina según otros estudios realizados en población de habla Árabe. Esta encuesta fué traducida y validada por Tarek H and cols. (2011) del cuestionario original desarrollado por Rosen R and cols en el año 2000. La utilización de este cuestionario se debe a que es el único validado en esta lengua. Las variables epidemiológicas son la provincia, la edad, el nivel de estudios, el número de hijos y los años de matrimonio. Criterios de inclusión: mujeres en edad fértil, alfabetización para rellenar el cuestionario. Criterios de exclusión: trastorno sexual debido alguna patología. La autorización de inclusión al estudio se realizará mediante un consentimiento informado por escrito en árabe clásico. El tamaño de la muestra se determinará según la tasa de población Marroquí femenina de la zona que cumpla los criterios de inclusión al estudio. RESULTADOS: Pendientes. DISCUSION: Pendiente.



O-022.- COMPUESTOS DISRUPTORES ENDOCRINOS : SALUD DE LA EMBARAZADA Y RN.

MACARRO-RUIZ D*, MANRIQUE -TEJEDOR J, MIGUÉLEZ-LLAMAZARES L, PÉREZ-DE LA HIJA P, MARTÍNEZ-MARTÍN E, MARTÍNEZ-GALÁN P.

H.C. DON BENITO- VILLANUEVA DE LA SERENA.

RESUMEN.

OBJETIVO: la exposición de los seres vivos a los Compuestos Disruptores Endocrinos (CDE) es universal, ya que se encuentran repartidos por todo el mundo como consecuencia de un empleo generalizado. Además, los compuestos acumulados en la grasa son transmitidos a la descendencia a través de la madre durante la gestación y después durante la lactancia. Por ello queremos dar a conocer la afectación que producen los CDE en el hombre, y sobre todo, en un grupo más susceptibles como son las mujeres y niños.

MATERIAL Y METODO: exhaustiva búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cuiden, SciELO-España y Enfispo, realizando una revisión histórica de los estudios publicados en los últimos 10 años (2001 hasta 2011). Del ámbito internacional se revisaron las bases de datos Cochrane Plus, y Medline (2006 hasta 2011).

RESULTADOS: las medidas de la contaminación en el líquido amniótico durante el embarazo o en el cordón umbilical en el momento de nacer, son los mejores indicadores de la contaminación infantil. Los niveles de productos químicos en la leche materna y en los alimentos infantiles son también un buen indicador de la exposición infantil.

CONCLUSIONES: "el principio de precaución" debería ser el principio rector, teniendo siempre presente que existen grupos para los cuales la exposición es crítica, particularmente madres embarazadas, y niños en el periodo prenatal y en la primera etapa de desarrollo, y que el bien que se preserva es muy valioso.



O-023.- LA EDUCACIÓN MATERNAL FAVORECE EL INICIO PRECOZ Y MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA.

FERNÁNDEZ- VALERO MJ *, MARTÍNEZ- GALIANO JM, MEDINA-GIL AM, RIQUELME-RAYA R, MORENO-GARCÍA CJ, ROSALES-CHAMORRO MM.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAEN.

RESUMEN.

OBJETIVO: Determinar la influencia del programa de educación maternal sobre el inicio de la lactancia materna precoz y el mantenimiento de esta a los dos meses de vida del recién nacido. **METODO:** Estudio multicéntrico observacional analítico prospectivo, realizado en el área sanitaria de cuatro hospitales públicos del sistema sanitario durante un año (enero 2011-enero 2012) con una muestra de 520 mujeres primíparas que dan a luz. Se tuvieron en cuenta diferentes variables como la realización de educación maternal, variables sociodemográficas e inicio precoz y mantenimiento a los dos meses de vida del recién nacido de la lactancia materna entre otras. Se utilizó la historia clínica como fuente de información y se realizó una llamada telefónica para comprobar el tipo de lactancia que mantenía a los dos meses de vida del recién nacido. Se estimó odds ratio (OR) y su intervalo de confianza (IC) del 95%. En el análisis multivariable se aplicó la regresión logística. **RESULTADOS:** El 68,65% (357) de estas mujeres acudieron al programa de educación maternal durante del embarazo. Las mujeres que realizaron educación maternal iniciaron la lactancia materna precoz en un 78,25 % (277) frente a un 69,70% (115) de las mujeres que no asistieron a dicho programa de educación maternal (OR = 1.56, IC 95% = 1.01-2.42) El 68,22% (234) de los recién nacidos cuya madre había acudido al programa de educación maternal mantenían la lactancia materna a los dos meses de vida, frente al 51,92% (81) de los recién nacidos cuya madre no había acudido al programa de educación maternal (OR = 1.98, IC 95% = 1.32-2.98) **DISCUSION:** Las mujeres que durante el embarazo acuden al programa de educación maternal, inician más la lactancia materna de forma precoz, así como también la mantienen en mayor proporción, hasta al menos los dos primeros meses de vida del recién nacido.



O-025.- INTRODUCCIÓN A LA BIOÉTICA.

ÓRPEZ-MARTÍNEZ M, ÓRPEZ-MARTÍNEZ MM, MONTIEL-LÓPEZ FJ.

AGENCIA PÚBLICA EMPRESARIAL SANITARIA COSTAL DEL SOL.

RESUMEN.

Introducción: La bioética es una disciplina muy joven desarrollada en los últimos 25 años en el ámbito clínico pero con antecedentes muy antiguos como por ejemplo puede ser el juramento hipocrático. La bioética se centra en los derechos y deberes de los usuarios intentando resolver problemas éticos que se presentan en nuestro quehacer diario mediante cuatro principios básicos jerarquizados. Es por esto que todo profesional sanitario debe conocer los principios de la bioética, el uso correcto del consentimiento informado como exponente de los principios básicos y la función de los Comités de Bioética desarrollados en los últimos diez años, como marco legal y asistencial excelente para la profunda deliberación de las situaciones conflictivas que pueden aparecer y su labor facilitadora en el desarrollo de trabajos de investigación. OBJETIVOS: Actualización en conocimientos sobre Bioética y funcionamiento de los Comités de Bioética para así crear la necesidad de reflexión y debate en nuestra práctica diaria. METODO: Se realizará una exposición oral apoyada con métodos técnicos donde se describirán los principios de la bioética; uso adecuado del consentimiento informado como máximo exponente de los derechos del usuario; marco legal de los Comités de Bioética y función de estos. RESULTADOS: La actualización en conocimientos sobre estas materias producirá en los sanitarios una mejora en cuanto a las habilidades y actitudes, produciendo finalmente una mayor sensibilización hacia conflictos éticos que pudieran aparecer en la práctica diaria. DISCUSION: Esta información podría ser útil en la capacitación de las matronas para fomentar la dignidad y la mayor protección de los derechos de las personas que intervienen en la relación clínica; promover la formación en aspectos de ética ; mejorar la calidad asistencial y el desarrollo de la investigación.



O-028.- BUSCANDO OTRAS FORMAS DE APRENDER. LOS PRIMATES.

LLAVORÉ-FÀBREGAS M, ESPART-HERRERO L, CASILLAS-BARRAGÁN B, CUENCA-DÍEZ B.
HOSPITAL SANT PAU.

RESUMEN.

Introducción: La formación continuada y la investigación creemos que es la base para que una profesión avance, esté actualizada, y aplique los conocimientos óptimos. Para esto, estamos constantemente buscando formas de aprender. Organizamos una actividad dirigida por el zoo de Barcelona a un grupo de matronas del Hospital de Sant Pau de Barcelona. Debido al éxito que tuvo, vamos a repetir periódicamente. Se trató de un actividad formativa sobre la maternidad en los primates. OBJETIVOS: 1. Establecer un primer contacto con el zoo de Barcelona para valorar la posibilidad de hacer acciones formativas útiles para nuestra profesión. 2. Abrir nuevos campos de conocimiento observando los instintos maternales en los animales más cercanos al ser humano como los primates: gorilas chimpanzés y orangutanes. 3. Conocer los protocolos que se aplican en el cuidado de estos animales sobre la maternidad en el zoo de Barcelona. METODOS: Actividad teórica de 2h de duración dirigida por una bióloga-cuidadora del zoo de Barcelona sobre la organización, cuidados, protocolos y controles de los primates. Grupo de 15 matronas. Posterior visita personalizada a los gorilas, chimpanzés, orangutanes, canguros (...). **Presentación de todos los animales con sus características personales** (por especies y por individuos). RESULTADOS: Después de conocer los protocolos y funcionamiento del zoo, pudimos comprobar que, tras muchos trabajos de investigación, se está haciendo un gran esfuerzo para corregir lo que el ser humano, en su momento rompió, al incidir en la naturaleza cuando los circuitos son fisiológicos. Y que la evolución que están siguiendo en el cuidado de la maternidad en los animales en general, es exactamente el mismo que se está haciendo en nuestra sociedad: dejar actuar la naturaleza cuando no hay patología. DISCUSION: Todos los miembros coincidimos en que fué una actividad muy enriquecedora en conocimientos, y que tenemos mucho que aprender de los primates (porque tenemos mucho en común), de otros mamíferos e incluso de todos los animales. Estamos convencidas que hemos encontrado una fuente de conocimiento muy interesante y que seguiremos realizando actividades y talleres regularmente.



O-029.- MEDIDAS DE PREVENCIÓN DEL TRAUMA PERINEAL DURANTE EL PERÍODO EXPULSIVO.

ENRÍQUEZ-RODRÍGUEZ I, MUÑOZ-ALBA E.

HOSPITAL TORRECÁRDENAS (ALMERÍA).

RESUMEN.

OBJETIVO: Identificar qué intervenciones reducen el riesgo potencial de laceraciones y otros traumatismos perineales durante la segunda etapa del parto, así como identificar qué posiciones de la mujer durante el expulsivo favorecen la protección del periné.

METODOS: El presente estudio constituye una revisión bibliográfica sobre la prevención del trauma perineal. Se ha utilizado la base de datos PubMed.

RESULTADOS: Los resultados muestran que se recomiendan las prácticas de: protección activa del periné mediante la técnica de deflexión controlada de la cabeza fetal y pidiendo a la mujer que no empuje, la aplicación de compresas calientes, no practicar la episiotomía de rutina, el masaje perineal durante el embarazo, y que la mujer adopte la posición que le sea más cómoda durante el parto, considerando la posición sentada como un factor protector del trauma perineal, proporcionando mayor confort y autonomía de la madre en el nacimiento. Hay factores que pueden influir en la probabilidad de aparición de traumatismos perineales, como la paridad, el tiempo de la fase de expulsivo y el peso fetal o macrosomía.

DISCUSION: Los traumatismos que se producen en el periné durante el parto pueden ser prevenibles en muchos casos mediante la aplicación de diversas intervenciones y cuidados que deben ser conocidos por todos los profesionales que atienden a la mujer durante el parto, con el fin último de aumentar la calidad asistencial durante todo el proceso y favorecer la satisfacción de la mujer proporcionándole una mayor autonomía.



O-030.- IMPORTANCIA DE LA CONSULTA PRECONCEPCIONAL EN LA MUJER CARDIÓPATA.

LUQUE-LEÓN M*, GARRIDO-LÓPEZ M, CASADO-FERNÁNDEZ L, MAYORAL-CÉSAR V.

RESUMEN.

OBJETIVOS: destacar la relevancia de la consulta preconcepcional en la mujer que sufre una cardiopatía para poder garantizar el bienestar materno-fetal en este tipo de pacientes

MATERIAL Y METODO: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos tales como Medline, Uptodate, Scielo y Cochrane.

RESULTADOS: La presencia de una cardiopatía durante el embarazo en los países desarrollados está entre 1-3%, a pesar del pequeño porcentaje, es de vital importancia por la gravedad que plantea. A la propia cardiopatía hay que añadirle las modificaciones que la gestación produce en el organismo materno como son el aumento del gasto cardiaco, disminución de las resistencia periféricas y el estado de hipercoaguabilidad. Todo esto supone una sobrecarga de la reserva funcional del corazón, haciendo que empeore un grado la clasificación de la New York Heart Association (NYHA) estando esta clasificación funcional relaciona con la morbimortalidad materna. La evidencia nos indica que es muy importante para garantizar el bienestar materno y fetal que la mujer-pareja con este tipo de enfermedad recurra a la consulta preconcepcional para afrontar la gestación de la mejor manera posible. El objetivo de esta consulta será: definir la lesión cardiaca, definir el estado funcional de la mujer, definir la necesidad de cirugía correctora o paliativa antes de la gestación, analizar la presencia de otros factores de riesgo adicionales, valorar la esperanza de vida materna y sus probabilidades de asumir la crianza del hijo y además valorar el riesgo de recurrencia de cardiopatía en el futuro hijo en padres portadores de cardiopatías congénitas.

DISCUSION: Las mujeres que afrontan un embarazo teniendo una cardiopatía son consideradas como embarazos de alto riesgo, debido a los riesgos maternos y fetales que esto supone. Pero además es muy importante que la mujer con patología cardiaca que desee una gestación sea detectada, orientada y guiada antes de conseguir un embarazo para poder garantizar el bienestar materno y fetal durante el trascurso del mismo Por ello se destaca como una herramienta muy importante la consulta preconcepcional como garante de la consecución de óptimos resultados en estas gestaciones.



O-031.- GRUPOS DE MENOPAUSIA EN ATENCIÓN PRIMARIA: UNA REALIDAD POSIBLE.

GIL-BUENDIA MA.

HOSPITAL RAFAEL MENDEZ.

RESUMEN.

Actualmente existen comunidades en las que, dentro de sus Programas sanitarios de atención a la mujer, se ofrecen servicios en relación con la menopausia. Las mujeres reciben asistencia específica, como revisiones periódicas preventivas, y también se organizan grupos de menopausia. Dentro de estos programas, la matrona aborda como parte de su trabajo, la atención a la menopausia a través de los grupos. Las mujeres se reúnen, intercambian experiencias, reciben un entrenamiento físico, y adquieren conocimientos para el cuidado de la salud, ayudando a entender mejor esta etapa y mejorando su calidad de vida. OBJETIVOS: Promover la creación de grupos de menopausia en los centros de atención primaria. Fomentar el desarrollo de aquellas actividades de la matrona relacionadas con la atención a la menopausia, que no estén reflejadas en las carteras de servicios sanitarios. METODOLOGÍA: Describir el perfil motivacional de los profesionales sanitarios, es un paso imprescindible para diseñar herramientas que incrementen la calidad de la práctica asistencial, así pues es importante conocer las percepciones que subyacen en el desempeño laboral de las matronas, valorar el nivel de motivación hacia los grupos de menopausia, y las posibles dificultades: como la resistencia al cambio, sensación de inseguridad, o clima laboral desfavorable, sobrecarga etc... Los miembros motivados del colectivo de matronas, se consideran agentes de cambio fundamentales en el proceso de implantación de la nueva actividad. Algunas estrategias básicas a poner en marcha serían: la implementación de sesiones/cursos motivacionales y de actualización de conocimientos teórico-prácticos sobre la menopausia, la elaboración de una Guía didáctica común para las matronas para conducir los grupos, el desarrollo de estudios tanto de gestión como de investigación dentro de este campo, etc.

RESULTADOS Y DISCUSION: El asesoramiento de la matrona sobre menopausia, es un servicio necesario dentro de los Programas de atención a la mujer. El cambio hacia el reconocimiento de nuestras competencias es indispensable para evolucionar, y éste está en función de la dosis de motivación, esfuerzo y trabajo conjunto, que a lo largo del tiempo invirtamos para y con las mujeres. Si tienes el reconocimiento de esta competencia cuídalo cada día y si aun no existe en tu comunidad, hay trabajo por hacer porque es una realidad posible.



O-032.- EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA DIABETES GESTACIONAL. AULA CONDUCTADA POR LA MATRONA.

PARDO-MARTÍNEZ N *, CARAVACA-BERENGUER MJ, SERRANO-GÓMEZ SM, DEL ARCO-RAMOS P, PARDO-MARTÍNEZ A, SÁNCHEZ-ROCA AM.

RESUMEN.

La diabetes gestacional tiene una prevalencia en torno al 10 % de las embarazadas en nuestro medio y puede producir complicaciones tanto en la madre como en el feto, a corto y largo plazo. Ésto incide tanto en la calidad de vida de la población como en aspectos socio-sanitarios. Por ello, se hace necesario protocolizar el cuidado y tratamiento de estas mujeres. Estas demandas se cubrirán con la creación de una consulta de Diabetes Gestacional, de la que se hará cargo la matrona. OBJETIVOS: General: - Aumentar la calidad de vida de las mujeres diabéticas gestacionales y de sus hijos a corto y largo plazo Específicos: - Crear e implantar hábitos de vida saludables en las pacientes - Conseguir niveles de glucemia dentro de la normalidad - Prevenir grandes aumentos de peso en las pacientes - Disminuir el número de fetos macrosomas - Evitar hipoglucemias neonatales METODO: Esta consulta se trata de la impartición de un conjunto de 8 sesiones de Educación para la Salud de diversa temática, combinando siempre parte teórica con parte práctica. Por un lado, realizaremos un estudio cuasi-experimental analizando una serie de variables en la embarazada (peso, niveles de glucemia), en el tipo de parto (eutócico, distócico, incidencias) y en el recién nacido (peso, niveles de glucemia). Por otro lado, mediremos la satisfacción de las pacientes mediante una encuesta tras la finalización de las sesiones. RESULTADOS: No disponemos, ya que se trata de un proyecto. DISCUSION: La diabetes gestacional, es ya una patología importante en el embarazo y cada vez aumenta más debido a cambios en los hábitos de vida. Se hace imprescindible una atención, algo más especial a estas embarazadas; una atención que sería cubierta con una consulta de Educación para la Salud, tratando diversos temas: dietética, ejercicio. La persona más indicada para ello, es la MATRONA. Es la enfermera especialista en Obstetricia y por ende, en los cuidados del embarazo y por tanto es la profesional más capacitada para llevar a cabo este proyecto.



O-033.- PROTECCIÓN DEL PERINÉ EN EL EXPULSIVO: "HANDS ON" VS "HANDS OFF".

MIGUÉLEZ-LLAMAZARES L*, MACARRO-RUIZ L, MARTÍNEZ-GALÁN P, MARTÍNEZ-MARTÍN E.

HOSPITAL GENERAL DE SEGOVIA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Determinar la frecuencia, grado y localización de las laceraciones perineales, los resultados neonatales, dolor postparto y hemorragia postparto por el uso de dos técnicas diferentes de protección perineal: expectante("HANDS OFF")e intervencionista("HANDS ON")en el parto. **MATERIAL Y METODOS:** Revisión bibliográfica en las principales bases de datos entre los años 2000-2011 con las palabras clave: perineum protection, Hands off, hands on, laceración, parto y trauma perineal. **RESULTADOS:** 1: La tasa de episiotomía y la hemorragia postparto es mayor en la técnica "Hands on" pudiendo tener relación entre sí. La isquemia perineal causada por la intervención manual y la episiotomía son factores importantes en el traumatismo perineal. 2: El dolor postparto es mayor en la conducta expectante. 3: Las diferencias en el resultado neonatal, incluyendo APGAR, el peso, talla, circunferencia cefálica y torácica no son significativas en ambos grupos. 4: La tasa de laceraciones no son diferentes en ambos métodos. En cuanto a la localización parece existir un % más alto de desgarros en la región posterior del periné con "Hands on". 5: La expulsión fetal fue en promedio, un poco más prolongada en tiempo en "Hands on". 6: La posición en el expulsivo determina en gran medida el posible trauma perineal. Las posiciones menos lesivas en el expulsivo son la posición lateral o las posiciones verticales con apoyo. **DISCURSION:** No se encuentran diferencias en los resultados neonatales así como en la frecuencia y gravedad de los desgarros perineales en ambos grupos, sí en cuanto a la localización. Sin embargo se encontraron diferencias significativas en cuanto a las tasas de episiotomía y hemorragia postparto reduciéndose con la conducta expectante o "Hands off" y una reducción en el dolor en las primeras 24h postparto utilizando la conducta activa o "Hands on". No hay evidencias suficientes para recomendar el uso de una conducta activa o expectante, por lo que es el profesional junto con la elección informada de la mujer el que deben decidir el empleo de una u otra forma de cuidado. En nuestra opinión los resultados del trauma perineal pueden estar más asociados con otros factores como la posición en el parto, el uso de oxitocina, esfuerzos realizados por la madre en la expulsión del feto y la presencia de una persona de apoyo, que con la técnica utilizada de protección perineal. Se recomienda la realización de más estudios para determinar el método que ofrece más beneficios.



O-034.- INFORMACION DE LAS GESTANTES EN EL CONSUMO DE SUPLEMENTOS DIETÉTICOS Y PRODUCTOS HERBARIOS.

ALCÁZAR-CONTRERAS N, PEDREÑO-LÓPEZ JA, CONTRERAS-GIL J*, CONTRERAS-GIL MT, LÓPEZ-FUENTES J, ELENA-ELENA MC.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA.

RESUMEN.

INTRODUCCION: Las gestantes que deseen tomar productos herbarios deberían de consultar con su matrona o medico porque muchos de los efectos de las plantas sobre el feto y la leche materna son desconocidos. Los productos herbarios se identifican como complementos alimentarios y no como fármacos, existiendo un vacío legal que ha dado lugar a abusos y fraudes en el comercio de plantas medicinales. Las mujeres embarazadas que toman productos herbarios tienen el riesgo de que estos interaccionen con fármacos diversos y que causen complicaciones, es por ello que la matrona debe informar a las gestantes de que se asesoren e informen sobre el consumo de estos productos.

OBJETIVOS: Analizar el consumo de productos herbarios y suplementos dietéticos en gestantes que acuden al Centro de Salud.

METODOS: Es un estudio descriptivo, transversal estratificado, mediante encuesta de salud. Se obtuvo un total de 265 mujeres gestantes, de las cuales se excluyeron 15 mujeres (6%) inmigrantes que desconocían el idioma, 11 mujeres (4%) que se negaron a realizar el cuestionario y 45 mujeres (17%) que no tomaban productos herbarios. La recogida de información fue realizada por dos enfermeros y dos matronas durante los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre de 2011. A todas las gestantes se les informó de la importancia de consultar a la matrona o al médico respecto al consumo de productos herbarios. Se les pidió que realizaran un cuestionario anónimo e individual con el fin de averiguar qué productos herbarios eran los más consumidos.

RESULTADOS: Las gestantes presentaban un promedio de edad: \pm DE (Desviación Estándar) de $23'5 \pm 9'8$ límite (18-42). Tanto la prevalencia de consumo como el promedio son mayores en el tercer trimestre de gestación. El 59.8% de las gestantes consumen café, té rojo o te verde. El 31.2% consumen infusiones de valeriana y melisa. El 90.2% utilizan productos con componentes de Aloe Vera. El 15.3% consumen infusiones de Espino Blanco. El 13.8% consume el Hiperico o hierba de San Juan. El 11.5% consume productos que contienen Ginseng.

DISCUSION: Queda demostrada la necesidad de una actuación de los profesionales sanitarios, matronas y enfermeros en el consejo de las precauciones generales y advertencias específicas de los productos herbarios y suplementos dietéticos con el fin de garantizar la protección y la prevención de riesgos en la salud de la embarazada y la de su hijo.



O-035.- EFECTO DE LA GANANCIA MATERNA DE PESO SOBRE LAS VARIABLES PERINATALES.

JASO-SANTAFE C, VIÑALS-GUTIÉRREZ A, OLLER-VIVES C.

HOSPITAL GENERAL DE CATALUNYA.

RESUMEN.

Jaso, C., Viñals, A., Acosta J. Capió Hospital General de Catalunya INTRODUCCIÓN: Es conocido el efecto negativo que el sobrepeso materno y la obesidad tienen sobre el curso del embarazo y el parto. Independientemente del peso inicial, el aumento global del mismo durante la gestación, puede ser una variable independiente que altere el pronóstico perinatal. OBJETIVOS: Estudiar el aumento de peso en un grupo de gestantes de nuestro hospital, sus características y la influencia que este parámetro ejerce sobre determinadas variables perinatales. MATERIAL Y METODOS: Estudio retrospectivo observacional sobre un grupo de 218 gestantes controladas en nuestro centro. Se analizaron las características poblacionales (edad, paridad, peso inicial, duración de la gestación) y las diferencias observadas en el peso del feto, vía del parto y complicaciones obstétricas en el grupo de pacientes con aumento de peso mayor de 15 kg (Grupo 1) respecto a un grupo control (Grupo 2). RESULTADOS: Un total de 52 (23.1%) pacientes, presentaron un aumento de peso mayor de 15 kg. No se observaron diferencias significativas en el peso inicial, paridad ni duración de la gestación. La edad media fue mayor en el grupo control (33.2 vs 32.3, p 0.01). En cuanto a las variables perinatales, las pacientes del Grupo 1 presentaron mayor peso fetal (3373 vs. 3210 p 0.04) y mayor incidencia de macrosoma (9.6 vs 1.2 p 0.003). No se observaron diferencias en el índice de cesáreas, instrumentación, desgarros ni estancias en UCI del neonato. La incidencia de diabetes fue mayor en el grupo control (8% vs. 0% p 0.02). CONCLUSIONES: El aumento de peso excesivo durante el embarazo es , por sí mismo, una variable que puede influir en un peso fetal aumentado y mayor incidencia de macrosomía. Es labor de la matrona insistir a las gestantes en que mantengan el peso dentro de los límites marcados por las recomendaciones actualizadas en 2009 por el IOM (Institute of Medicine).



O-036.- PIEL CON PIEL. PROTOCOLO DE IMPLANTACIÓN EN PARITORIO.

OBIOL MA, POVEDA E.

HOSPITAL DR PESET.

RESUMEN.

En junio del 2011, mi hospital creo la Comisión de Lactancia Materna como inicio a la obtención del galardón IHAN. Todos sabemos lo difícil que resulta introducir cambios en los circuitos de asistencia y cuidados del recién nacido en equipos multidisciplinares. Ante la inquietud de favorecer el "piel con piel" en mi paritorio (4 paso IHAN), efectué una revisión bibliográfica a cerca de las recomendaciones de la OMS, la Guía de Práctica Clínica para la asistencia al parto normal, la estrategia para la atención al parto normal en la Comunidad Valenciana y cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Se elabora un documento de consenso con la sala de paritorios, maternidad y neonatología donde se explica tanto el procedimiento como supervisión de cuidados en RN nacidos por parto vaginal y a término, así como la importancia del inicio precoz y el momento adecuado de la lactancia materna. Desde entonces ha cambiado el circuito de atención al recién nacido suprimiendo la permanencia en cuna térmica y favoreciendo el piel con piel en paritorio y sala de maternidad las dos primeras de nacimiento. Adjunto video de 3 min.



O-037.- EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL PROTOCOLO MANEJO ACTIVO DEL ALUMBRAMIENTO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA.

MAZA-ROMERO J, IZAGOÑOLA-ORDÓÑEZ P, VALCÁRCEL-MOMBLANT F, GÓMEZ-CARMONA T.

RESUMEN.

OBJETIVOS: evaluar el grado de cumplimiento del Protocolo de Manejo Activo del Alumbramiento en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de nuestro hospital durante el periodo de un año (1 de enero al 31 de diciembre de 2011). **MÉTODOS:** Hemos realizado una autoauditoría del manejo activo del alumbramiento en nuestro hospital. **Población:** la constituida por todas las gestantes con parto vaginal atendidas en la sala de partos de nuestro hospital a lo largo del año 2011. Incluidas todas aquellas mujeres con parto vaginal y excluidas todas las mujeres a las que se le realizó cesárea y alumbramiento manual. **Muestra:** muestreo sistemático, eligiendo a las 8 primeras gestantes atendidas en el día 2 de cada mes, completando con el día 3 en los casos necesarios, en total 96 mujeres. **Criterios, indicadores y estándares seleccionados:** Criterio 1: Grado de cumplimiento del manejo activo del alumbramiento Indicador 1: Porcentaje de mujeres con manejo activo del alumbramiento Estándar 1: Mínimo 85% - Óptimo 95% Criterio 2: Los partos de todas las gestantes con factores de riesgo de HPP (obesidad, multiparidad, embarazo múltiple, inducción, RN >4000g) deben ser realizados con manejo activo del alumbramiento. Indicador 2: Porcentaje de mujeres con riesgo de hemorragia postparto (HPP) que se le realiza el manejo activo del alumbramiento. Estándar 2: Mínimo 90% - Óptimo 100% Criterio 3: La duración del alumbramiento debe ser menor a 20 minutos. Indicador 3: Porcentaje de alumbramientos que suceden en un tiempo inferior a 20 minutos. Estándar 3: Mínimo 80% - Óptimo 90% **Variables:** dicotómicas (sí/no) para todos los criterios. **Fuente de información:** libro de partos e historia clínica de las mujeres seleccionadas. **Proponemos una reevaluación de los datos de esta auditoría en 12 meses.** **RESULTADOS:** - Al 31.74% del total de mujeres estudiadas se le realiza el manejo activo del alumbramiento. - Al 34.78% de las mujeres estudiadas con factores de riesgo de hemorragia postparto se le realiza manejo activo del alumbramiento. - El 89.83% del total de alumbramientos suceden en un tiempo inferior a 20 minutos. **DISCUSION:** Podemos concluir que no se lleva a cabo el protocolo del manejo activo del alumbramiento, pues en los criterios 1 y 2 no se alcanza el estándar mínimo propuesto. Pensamos que esto puede ser debido a un desconocimiento del protocolo y/o los beneficios del manejo activo del alumbramiento. El tercer criterio sí alcanza el estándar mínimo propuesto pero no el óptimo.



O-038.- MANEJO DE LA RETENCIÓN PLACENTARIA BASADO EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA ACTUAL.

VALENCIA E *, ORELLANA M, VAELLO A, RODRÍGUEZ B, NEGRILLO M, CASTILLO E.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Conocer los diferentes procedimientos para el manejo de la Retención Placentaria Conocer la Evidencia Científica mas actualizada en el manejo de la Retención Placentaria. METODOS: Se realizó una revisión actualizada al respecto en UPTODATE (Manejo normal del Parto 2012, Manejo de la tercera etapa del parto 2012 , Diagnostico y manejo de la retención de placenta después de un parto vaginal 2012), COCHRANE (inyección del a vena umbilical para el tratamiento de la placenta retenida) y diferentes Guías de Práctica Clínica para conseguir la evidencia de mayor calidad como la de Atención al Parto Normal de la FAME, La Guía del Cuidado intraparto de la NICE 2007 y La guía del Cuidado en el parto normal de la OMS 1996. RESULTADOS: • **El manejo activo de la tercera etapa del parto reduce el intervalo de tiempo hasta que la placenta se desprende, por tanto reduce la aparición de la retención placentaria** • **Si tras 30 minutos después de un manejo activo la placenta no se desprende confirmar si está atrapada o adherida con el uso de un ecógrafo si es necesario** • **Si la placenta está atrapada administrar nitroglicerina para relajar cuello y/o tracción controlada del cordón** • **Si la placenta sigue adherida por falta de contracciones uterinas administrar uterotonicos** • **La evidencia científica se inclina a favor del uso de estos fármacos en solución salina a través de la vena umbilical hasta el foco del fallo contráctil.** • **La oxitocina parece ser destruida por enzimas placentarias y no se obtiene diferencias estadísticamente significativas** • **Las prostaglandinas menos estudiadas pero con mejores resultados reducen la tasa de extracción manual** • **También se obtienen resultados beneficiosos con solución salina sin uterotónicos** • **Si la placenta está acreta o adherida pero después de los procesos anteriores no se desprende se recomienda la extracción manual.** DISCUSION La definición de retención placentaria varia según la bibliografía consultada, ello complica su diagnostico y puede derivar un intervencionismo precipitado en su manejo. La obtención de resultados beneficiosos con la inyección de la vena umbilical con suero fisiológico con disolución de uterotonicos o no parece estar influida porque ello implica esperar 30 minutos mas a su efecto y si la placenta no se desprende por este tratamiento lo hará de forma fisiológica, lo que nos lleva a pensar que lo mas importante de la tercera etapa es tener paciencia y esperar.



O-039.- LACTANCIA MATERNA A TRAVÉS DE LA HISTORIA:DE DONDE VENIMOS, HACIA DONDE VAMOS.

OBIOL MA.

HOSPITAL DOCTOR PESET.

RESUMEN.

OBJETIVO: Analizar los cambios históricos que han influido en la promoción y/o abandono de la lactancia. METODO: Revisión histórico-artística de los documentos que hacen referencia a la lactancia materna. RESULTADOS: Nada tan antiguo, nada más moderno. Esta comunicación pretende hacer un viaje a través de las diferentes épocas analizando socialmente las influencias que han determinado en mayor o menor medida en el apoyo o rechazo a la lactancia materna. Como mamíferos no ha habido mecanismo de supervivencia más perfecto, de hecho, la fisiología y anatomía que influye en la lactancia sigue intacta desde tiempos ancestrales. desde la prehistoria, la antigua mesopotamia (leyes de esmuna), en esparta (talmud), en el antiguo egipto (papiro de ebers), grecia y roma (historia de animalium, gynecia) edad media, siglos XVI y XVII (tratados de damian carbón, luis lobera de ávila, francisco nuñez de coria, juan alonso ruyzes de fontecha...) en el s XVIII (nutris noverca, tratado de jaume bonells) hasta la actualidad con la declaración de protección, promoción y apoyo a la lactancia materna" de 1989 promulgada por OMS /UNICEF y la posterior "declaración de innocentí" en 1990, la lactancia ha pasado de ser un fenómeno natural perfeccionado a un problema de salud pública. DISCUSIÓN Y RESULTADOS: La reflexión histórica ayuda a reforzar las estrategias actuales que favorecen la instauración precoz y apoyo continuo de la lactancia. solo consiguiendo objetivos de implantación exitosa a través de cuidados científicos y formación profesional en lactancia, conseguiremos cambiar la conciencia actual respecto a la alimentación del recién nacido. Aporto documento gráfico en presentación.



O-040.- ¿AUMENTA EL INGRESO DE NEONATOS POR HIPERBILIRRUBINEMIA SI SE REALIZA PINZAMIENTO TARDÍO EN MADRES CON RH NEGATIVO?.

NAVARRO-RUIZ, I, MARTÍNEZ-MARTÍNEZ E, SEGUNDO-ORTÍN MV, GÓMEZ-LÓPEZ A, MARTÍNEZ-MARTÍNEZ A, TONDA-MENA I.

COMPLEJO HOSPITALARIO SANTA LUCÍA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: 1. Determinar si hay un aumento significativo de la hospitalización de neonatos por hiperbilirrubinemia tras un clampaje tardío de cordón en madres con Rh negativo. 2. Señalar la posible influencia de la oxitocina en estos casos. METODO: Estudio descriptivo, longitudinal, retrospectivo y cuantitativo. Se utilizó un muestreo aleatorio estratificado. La recogida de la muestra se inició el 1 de Enero de 2012 y finaliza el 30 de Junio de 2012. Las mujeres seleccionadas cumplen los siguientes criterios: parto eutócico, a término (> de 37 semanas de gestación), con pinzamiento tardío. Las variables a tener en cuenta: Rh materno y uso de oxitocina. RESULTADOS: La recogida de datos continúa en fase de elaboración, para posterior análisis con programa SPSS. DISCUSION: Debido a la carencia de estudios específicos relacionados con el objeto de nuestra investigación, no podemos comparar los datos con los resultados de otras publicaciones. Se pretende desmitificar la relación entre el pinzamiento tardío de cordón umbilical en mujeres con Rh negativo y su posible relación con el aumento de ingresos hospitalarios de neonatos por hiperbilirrubinemia.



O-041.- ¿INFLUYE EL COLECHO EN LA MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE?. REVISIÓN SISTEMÁTICA.

RUBIO-ÁLVAREZ A*, TORRES-GALLEGO-CASILDA C, ARRIAGA-RODRÍGUEZ AM, BARRILERO-FERNÁNDEZ E, AYUSO-GÓMEZ-PIMPOLLO L, CRUZ-CORRALES S.

HOSPITAL LA MANCHA CENTRO.

RESUMEN.

Introducción: Se ha demostrado que el colecho tiene beneficios para la lactancia. Sin embargo existe incertidumbre sobre si éste puede ser un factor de riesgo para la muerte súbita del lactante. OBJETIVO: determinar la relación entre el colecho y la muerte súbita del lactante. OBJETIVO: determinar la relación entre el colecho y la muerte súbita del lactante. METODO: revisión sistemática de estudios observacionales y ensayos clínicos sin restricción en idioma ni tiempo. Se emplea la siguiente estrategia de búsqueda: (cosleeping OR bedsharing) AND sudden infant death. Se busca en las siguientes bases de datos: Cochrane, Joanna Briggs, Pubmed, Embase, Enfispro, Cuiden, Tripdatabase, Cinalh y Scopus. Los artículos serán seleccionados tras ser evaluados por dos revisores independientes. Para ello utilizaran las escalas CONSORT y STROBE, quedando cegados ocultando el medio de publicación, conclusiones y nombre de autores. Si es posible se combinaran los resultados para estimar una medida de fuerza de asociación global y se llevaran análisis de la heterogeneidad, sensibilidad y el sesgo de publicación. RESULTADOS: en estos momentos están en proceso de análisis.



O-042.- LA MATRONA Y LA RECUPERACIÓN DE CESÁREAS EN PARITORIO: CONTACTO PIEL-PIEL.

CAMACHO-ÁVILA M*, CAMPOS-MARTÍNEZ A, HERNÁNDEZ-SÁNCHEZ E, MÍNGUEZ-ANDREU G.

HOSPITAL DE TORREVIEJA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: - Dar a conocer como se lleva a cabo el puerperio inmediato en paritorio en las cesáreas sin complicaciones. 1. Explicar el establecimiento del vínculo afectivo en la triada: madre-padre-neonato. 2. Informar de cuidados postquirúrgicos brindados en paritorio, a cargo de las matronas. METODOLOGÍA: Estudio descriptivo del procedimiento de recuperación de las cesáreas sin complicaciones en paritorio. RESULTADOS: 1. Establecimiento del vínculo de la triada: madre-hijo-padre. En las cesáreas de bajo riesgo y **sin complicaciones, según "las recomendaciones de la estrategia de atención al parto" y la "Guía de la Iniciativa a la humanización y asistencia al nacimiento" de Unicef, al nacer el neonato, la matrona lo cogerá y lo colocará encima del pecho de la madre. Una vez encima se secará, se le cubrirá con paños calientes y un gorro; a partir de ahí comenzará a establecerse el vínculo materno-filial. Cuando termina la intervención, madre e hijo salen de quirófano y van a paritorio durante el puerperio inmediato, donde se reúnen con el padre y permanecerán los 3 hasta que suban a planta. 2. Cuidados postquirúrgicos, nursing intervention classification (NIC): a) Revisión del apósito quirúrgico, sangrado vaginal, y altura uterina. b) Valoración del estado de conciencia y nivel de dolor. c) Toma de constantes vitales y diuresis d) Administración de la medicación y fluidoterapia prescritas. e) Movilidad de extremidades inferiores. DISCUSION: La asistencia al nacimiento en España está sufriendo grandes cambios, motivados por diversos factores de origen social e institucional. Todas las autoridades sanitarias a nivel mundial y nacional aconsejan el inicio precoz de la lactancia materna (como indicador principal de mantenimiento de la lactancia a largo plazo) y el contacto ininterrumpido entre la madre y el recién nacido durante al menos dos horas tras el nacimiento. La matrona, como profesional de enfermería, posee los conocimientos y habilidades necesarios para conducir la recuperación de las mujeres cuyo parto haya finalizado en cesárea. Además, por su formación específica, es el profesional idóneo para llevar a cabo este procedimiento, teniendo en cuenta no sólo los aspectos médicos generales sino también los aspectos más específicos relativos al inicio de la maternidad, instauración precoz de la lactancia y desarrollo de vínculos afectivos entre la madre, el padre y el recién nacido.**



O-043.- ¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DEL CONTACTO PIEL CON PIEL PRECOZ EN LAS MADRES Y LOS RECIÉN NACIDOS SOMETIDOS A CESÁREA?.

RUIZ-FERNÁNDEZ MC, FERNÁNDEZ- DOMÍNGUEZ B., CANDAU-DE CÁCERES S.

H.U. VIRGEN DEL ROCIO (HOSPITAL DE LA MUJER).

RESUMEN.

El objetivo del presente trabajo es determinar los beneficios que conlleva el contacto precoz madre-hijo en la cesárea. Específicamente se evalúan el establecimiento de la lactancia materna, la satisfacción de la madre en el parto por cesárea, la estabilización de los parámetros corporales de la madre tras la cirugía y la valoración de las características del llanto y dolor en el recién nacido. Para ello se está realizando un estudio experimental, específicamente un ensayo clínico, el cual se está desarrollando en los quirófanos de paritorio del servicio de maternidad. Dentro de la población de estudio, la muestra constará de n= 100-200 mujeres y recién nacidos sometidos a cesáreas. Los criterios de inclusión son la solicitud materna de cesárea, presentaciones fetales no compatibles con parto vaginal, desproporción céfalo pélvica, fallo de inducción, embarazo múltiple, cesáreas en fetos pequeños para edad gestacional o microsomas, mujeres con placentas previas o marginales, infecciones maternas y cesáreas anteriores (si procede). La exclusión se realizará si se debe realizar reanimación neonatal o cuidados especiales del recién nacido o existe inestabilidad del estado materno. Para establecer los grupos casos y control se utiliza una aleatorización simple basada en un programa informático generador de números aleatorios. Las variables que se valoran mediante el contacto piel con piel precoz en cesáreas serán: agarre precoz del pecho, instauración de la lactancia materna al alta, satisfacción de la madre, estabilización precoz de parámetros corporales de la madre y llanto del bebé. Las variables independientes son edad materna, paridad, nivel de estudios, **residencia, tiempo de gestación, peso fetal, sexo del recién nacido,...** Para la recogida de datos se ha diseñado una hoja donde se valora: motivo de cesárea, complicaciones de la intervención y mantenimiento de contacto piel con piel ininterrumpido. Además, se evalúa los siguientes parámetros: -Lactancia materna: Agarre precoz del pecho (en los 90 primeros minutos) e instauración de lactancia al alta (técnica correcta, subida de la leche, **suplementos,...**) -Satisfacción materna -Parámetros maternos: FC y FR, temperatura, dolor -Llanto recién nacido en el posparto inmediato: Ausencia/Presencia de llanto, frecuencia, duración, intensidad, tolerancia al dolor Estos parámetros se valoran mediante escalas, observación y preguntas abiertas. RESULTADOS Y DISCUSION: Pendientes de finalización de estudio.



O-044.- EL DOLOR DEL PEZÓN DURANTE LA LACTANCIA, UN SIGNO INFRAVALORADO.

VALLMAJÓ N, AZNAR I, MARTÍNEZ S, ISAL L, FERNÁNDEZ B, GARCÍA V.

ASSIR REUS.

RESUMEN.

Durante el período comprendido entre el año 2011 hasta abril del 2012, se ha estudiado a 77 mujeres que acudieron a los grupos de lactancia materna presentando signos inflamatorios y/o síntomas de dolor en los pezones. Después de realizar corrección postural de la madre y del bebé sin obtener mejoría, se procedió a identificar los posibles agentes causales de las molestias y/o signos inflamatorios, así como saber diferenciar la **sintomatología del Síndrome de Raynaud**. • **OBJETIVO:** identificar los distintos agentes causales y/o investigar aquellos microorganismos que habitualmente se encuentran en la flora habitual y que en ocasiones desencadenan el síntoma doloroso de los pezones y/o proceso inflamatorio de las mujeres que lactan y que acuden al grupo de lactancia de **nuestro ASSIR**. • **METODO:** se realizó recogida de muestra de leche materna extraída mediante presión de la zona del pezón y análisis posterior por cultivo estéril. A continuación se procedió a la recogida de datos y estudio descriptivo de los datos **obtenidos**. • **RESULTADOS:** identificación, clasificación y análisis de los distintos agentes **causales**. • **DISCUSION:** De las 77 muestras extraídas, 6 resultaron muestra no válida, en 4 se identificó un Síndrome de Raynaud y en las 67 restantes se aislaron 1 o 2 microorganismos, cuya clasificación se detalla en la presentación definitiva. Dados los resultados obtenidos, creemos conveniente prestar atención y tratamiento en los casos en qué esté indicado y según el agente causal, a todas las mujeres que acudían con molestias en la zona del pezón durante la lactancia.



O-045.- EVOLUCIÓN DE LA LESIÓN PERINEAL EN EL PARTO VAGINAL.

MARGAIX-FONTESTAD L¹, ARRIERO-HURTADO B², IÑIGUEZ-HERNÁNDEZ C^{1,3}

1.- UNIVERSIDAD DE VALENCIA. 2.- HOSPITAL DE LA PLANA. VILA REAL. 3.- CENTRE SUPERIOR D' INVESTIGACIÓ EN SALUT PÚBLICA - CSISP. VALENCIA.

FACULTAD D'INFERMERIA I PODOLOGIA. UNIVERSITAT DE VALENCIA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: -Describir la evolución de la práctica de la episiotomía en mujeres con parto vaginal. -Describir la evolución de la lesión perineal en mujeres con parto eutócico. -Valorar la paridad como factor influyente en la lesión perineal. **METODO:** Estudio descriptivo retrospectivo de las mujeres atendidas en nuestro hospital con parto vaginal y que dieron a luz durante el periodo comprendido entre enero de 2002 y octubre de 2011. Variables de estudio: paridad, fecha del parto, analgesia, parto, episiotomía, desgarro, grado. Datos recogidos de la historia clínica. Análisis estadístico con IBM SPSS Statistics 19. **RESULTADOS:** Se analizaron 8890 mujeres con parto vaginal, de las cuales 7281 (81.9%) tuvieron un parto vaginal eutócico. El 54.5% (4845) de la población son primíparas, el 34.1% (3031) secundíparas. La episiotomía se practicó en el 26.4% (2349) de los partos vaginales. En un análisis longitudinal se observó una tendencia decreciente, pasando del 31.9% (460) durante el año 2006 al 21.1% (253) en el año 2011, debido sobre todo a la disminución de la incidencia en partos vaginales eutócicos, que pasó del 20.9% al 8.9%. Sin embargo los desgarros perineales en las mujeres con partos eutócicos han aumentado, del 61.8% (741) al 69.4% (680), siendo aproximadamente un 68% en primíparas y secundíparas y del 45% en multíparas. Las mujeres con partos eutócicos sin episiotomía, tuvieron un desgarro perineal en un 72.3% (4512), que fue significativamente más frecuente en mujeres primíparas con un 82.1% (2147) frente a un 72.1% (1929) en secundíparas (test exacto de Fisher; $p < 0.0001$). Durante este periodo, el 28.4% (1752) de las mujeres con parto eutócico y sin episiotomía no tuvieron ninguna lesión, un 41.2% (2501) lesiones de primer grado, un 28.8% (1745) lesiones de segundo grado y un 1.5% (93) lesiones de tercer o cuarto grado. Las mujeres primíparas tuvieron un 42.7% (1084) de desgarros de primer grado y un periné íntegro en un 18.4% (467) de los casos. Las secundíparas tuvieron desgarros de primer grado en un 43.2% (1128) y periné íntegro en un 28.8% (748). En las multíparas destaca el periné íntegro, con un 55.1% (510), seguido de desgarros de primer grado en un 31.2% (289). **DISCUSION:** La episiotomía ha ido disminuyendo progresivamente situándose en niveles muy bajos. La mayoría de las mujeres, más del 60% de las primíparas, el 70% de las secundíparas o el 80% de las multíparas, tienen un resultado perineal más favorable que el producido por la episiotomía.



O-046.- PAPEL DEL CHUPETE Y LA LACTANCIA EN LA PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE MUERTE SUBITA DEL LACTANTE.

MOYA-COBOS A*, REYES-MORILLAS M, ROQUE-MARTÍNEZ M, MARTÍNEZ-LEÓN J, GIMÉNEZ-GARCÍA S, LORCA-BARCHIN V.

HOSPITAL DE PONIENTE.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Exponer las conclusiones de los estudios más recientes en relación al uso del chupete y de la lactancia materna como factores protectores en el SMSL. **METODO:** Se ha realizado una búsqueda en las bases de datos CINAHL, MEDLINE Y PubMed, usando las palabras clave: pacifier, breastfeeding, sudden death. **RESULTADOS:** Desde 1993 se han publicado múltiples estudios de caso control y dos metaanálisis que demuestran que la utilización del chupete durante el sueño disminuye el SMSL en más del 50%. En relación al papel protector de la lactancia materna en el SMSL la evidencia actual es contradictoria. **Conclusiones:** En cuanto al uso del chupete como medida de reducción del riesgo de SMSL, los estudios son bastante concluyentes y esta medida es ampliamente recomendada desde numerosas asociaciones de pediatría y grupos de lactancia materna, que aconsejan su uso a partir del primer mes, una vez bien instaurada la lactancia materna, y recomiendan retirarlo al año, para evitar los efectos adversos derivados de su utilización.



O-047.- NACIMIENTO LOTUS Y ÁRBOL DE LA VIDA.

VÁZQUEZ G, AMORÓS A, WATERS S, MOLINA R.

CAP PARE CLARET, ASSIR DRETA-MUNTANYA BARCELONA.

RESUMEN.

Fue en 1974 la primera vez que se registró un Nacimiento Lotus (NL) de una madre occidental. La enfermera californiana Clair Lotus Day tras dar a luz a su segundo hijo en el hospital, le dijo a su obstetra que no cortase el cordón umbilical y que se quería ir a su casa con la placenta unida a su bebé. Más tarde Jeanine Parvati Baker de EUA y Shivam Rachana de Australia se hicieron defensoras del NL. En los años 80 parejas practicantes de yoga ya creían en la práctica de la no-ruptura (umbilical non-severance) la cual promueve nacimientos holísticos y ofrece una experiencia más pacífica. La creencia yóguica dice: "Todo accesorio caerá por si mismo", respetando el contexto energético en el que el recién nacido se va desvinculando paulatinamente de la placenta. Este tipo de nacimiento puede realizarse tanto en casa como en el hospital, sólo es necesario hacérselo saber al profesional que asista el parto y tener el material necesario. Después de la salida del bebé el cordón envía hasta 60cc de sangre (glucosa, oxígeno y células madre) al recién nacido hasta que se colapsan los vasos (recomendación OMS) y empieza el proceso de secado. La placenta o también llamada "Árbol de la Vida" queda unida de manera fisiológica y espiritual hasta que el cordón oscuro y rígido se cae de la zona umbilical entre el 3º y 10º día postparto. Para que la placenta no desencadene mecanismos de descomposición hasta la caída del cordón, debe secarse con un trapo quitando el máximo de líquido y sangre y se procede a su conservación. Se puede poner en cuencos, cesto de mimbre, bolsas tejidas especiales,...envuelta con tejidos naturales junto con sal marina y aceites esenciales. Testimonio real (Nacimiento en casa, Barcelona 2010). "No cortamos el cordón, decidimos en el último momento hacer un Nacimiento Lotus, algo que soñé dos veces". "El proceso duró 6 días, los cuales nos sirvieron para conocernos y dejarle tiempo a ella de separarse de lo que la había cuidado y alimentado durante 9 meses". Una vez desprendido el cordón, la placenta queda a disposición de los padres. Esta normalmente tiene varios destinos: comérsela en batido o recetas especiales, congelar-la o bien plantar-la al lado de un árbol. Dándole de nuevo el sentido de su existencia: alimentar al ser vivo que tiene a su lado. Finalmente, según el Real Decreto 411/1996 art. 2.1 la placenta se excluye como tejido humano, tratándola como tejido de desecho como las uñas, pelo,...por lo cual no se prohíbe su plantación.



O-048.- CONOCIMIENTO Y USO DEL ÓXIDO NITROSO EN EL PARTO.

MIGUÉLEZ-LLAMAZARES L*, PÉREZ-DE LA HIJA P, MARTÍNEZ-MARTÍN E, MARTÍNEZ-GALÁN P, MACORRO-RUÍZ L, MANRIQUE-TEJEDOR J.

HOSPITAL GENERAL DE SEGOVIA.

RESUMEN.

INTRODUCCIÓN: Mezcla al 50% de O₂ y N₂O. Se utiliza inhalándolo antes y durante la contracción uterina para aliviar el dolor. También llamado "gas de la risa". Está autorizado por la AEM, permite terminar con el dolor físico que producen los puntos de sutura, mientras se espera la analgesia epidural o se prescinde de ella. Al inhalarse neutraliza las transmisiones nerviosas cerebrales, entre ellas las del dolor. Actúa limitando la sinapsis y transmisión neuronal en el SNC. OBJETIVOS: Proponer el uso del Óxido Nitroso durante el parto como alternativa al dolor y dar a conocerlo a los profesionales que no lo usan o no lo conocen. Asegurar una asistencia segura y de calidad durante la dilatación y expulsivo y apoyar los deseos de la mujer a la hora de afrontar su dolor. METODOS: Revisión bibliográfica en las principales bases de datos y nuestra experiencia con este gas en la actividad laboral. DESARROLLO: Indicado como analgesia a las gestantes con deseo de parto natural, durante el tiempo de espera de la analgesia epidural, contraindicada la analgesia epidural y/o sutura de desgarros. La mujer debe sostener la mascarilla con su mano, para que se la ponga en la boca. El gas sólo sale si succiona. Se elimina inmediatamente, sin dejar rastro a los 2 minutos, no afectando al recién nacido, al no pasar la barrera placentaria. Cuando nota que le va a llegar la contracción debe empezar a succionar. Interrumpir la inhalación cuando comience la disminución del dolor. En el expulsivo 2 ó 3 inhalaciones y pujar. la administración debe realizarse en locales adaptados y por personal entrenado. RESULTADOS: El efecto se empieza a notar a los 20 segundos de iniciar la inhalación pero el pico analgésico llega a los 40- 50 segundos. Manifiestan satisfacción en un 85%, obteniendo el resultado de un parto normal y natural. Ayuda a afrontar mejor el dolor en la fase activa del parto y expulsivo y su utilización es una opción eficaz en la analgesia del parto. Es una alternativa a la administración de analgesia por vía parenteral ya que reduce considerablemente los costes. DISCURSION: El N₂O inhalado es una analgesia de elección para el parto que reduce la necesidad de otras formas de analgesia más costosas y que comportan riesgo para el recién nacido y la madre. Es accesible y rápida, además de controlable por la usuaria. No afecta a las contracciones uterinas ni produce bloqueo motor, lo que permite mayor movilidad y adoptar distintas posturas para favorecer el expulsivo.



O-049.- ¿ES LA EPISIOTOMIA DE RUTINA UNA TÉCNICA A ABANDONAR?.

VAELLO A, VALENCIA E, ORELLANA M, CASTELLANO N, CASTRO M, BROULLON M.

HOSP. PUERTA DEL MAR.

RESUMEN.

En la actualidad se practican episiotomías de manera sistemática, estando evidenciado que aumenta la morbilidad materna sin aportar beneficios materno-fetales. Con nuestro trabajo queremos evidenciar que la tasa de episiotomías en partos eutócicos es muy elevada, en el 2010 se produjeron un porcentaje de episiotomía (45.5%) y no (54.4%). Nuestro objetivos es verificar que el uso rutinario de estas episiotomías aumenta la morbilidad materna y disminuye la satisfacción. El OBJETIVO general será conocer si la realización de episiotomías de forma sistemática en mujeres con parto eutócico presenta mayores índices **de morbilidad materna. para ello debemos conocer:** • Tasa de episiotomías en el HUPM durante el periodo de estudio • Tasa de desgarros en el HUPM durante el periodo de estudio • Número de partos eutócicos durante el periodo de estudio • Morbilidad materna tras el parto(complicaciones maternas como: dehiscencia de la sutura, infección, daño perineal ,dolor , molestias urinarias, perdidas urinarias y/o fecales y dispareunia. • Satisfacción materna. METODOLOGIA: Analisis retrospectivo a traves de 3 encuestas maternas(1ºsemana, 1 mes y 3 meses)donde se recoge la satisfacción y morbilidad materna(deshicencia,infeción..) con respecto al uso o no de episiotomias. La variable principal será la realización de episiotomías de la cuál van a depender las variables dependientes(aument morbilidad materna, dolor , dehiscencia y/o infección). Se tendrán en cuenta variables universales como son; sexo(mujer) ,edad materna, semana de gestación, peso fetal. RESULTADOS Y DISCUSION: En estos momentos estamos analizando los datos obtenidos con el fin de tener acabado nuestro trabajo para finales del mes de junio de 2012. Hasta ahora los datos que observamos principalmente es que a las gestante que se les realizo una episiotomia estan menos satisfechas, además en nuestro Hospital las tasas de episiotomias son mucho más elevadas que las recomendadas por la OMS, sego, Ministerio...



O-050.- PROTOCOLO DE ATENCIÓN INMEDIATA AL RECIÉN NACIDO SANO EN SALA DE PARTOS.

PUJOL-ABAJO M*, MORENO-IGLESIAS R, GONZALEZ-PAREDES S, DUEÑAS-HERRERO N, ESTRUCH-RIU A, REY-ARIJON M.

HOSPITAL DE MATARÓ.

RESUMEN.

OBJETIVOS: -Mejorar la calidad asistencial y la seguridad del neonato con la protocolización de los cuidados inmediatos al nacimiento basados en la evidencia científica según términos de eficacia y de oportunidad -Realizar contacto precoz piel con piel tan pronto como sea posible en todos los recién nacidos sanos, independientemente de la vía del parto o del tipo de alimentación que este vaya a recibir, siempre que la madre/pareja así lo deseen -Mantener el contacto precoz sin interrupciones, durante toda la estancia del neonato en sala de partos, exceptuando situación de inestabilidad materna o neonatal, o por voluntad expresa de la madre/pareja de finalizarlo -Realizar pinzamiento tardío del cordón umbilical a todos los neonatos sanos nacidos por vía vaginal y que no realicen donación de sangre de cordón -Facilitar y promover la aparición del vínculo afectivo madre-hijo/padre/pareja por parte de los profesionales presentes en el nacimiento y en el postparto inmediato, manteniendo una actitud discreta, respetuosa y bajo la premisa de mínima interferencia en la adaptación extrauterina del recién nacido sano -Promocionar, fomentar y apoyar la lactancia materna intentando conseguir la realización y finalización de la primera toma eficaz, de manera precoz, durante el postparto inmediato en la sala de partos -Realizar profilaxis de la enfermedad hemorrágica del recién nacido a todos los recién nacidos -Realizar profilaxis oftalmológica a todos los recién nacidos -Realizar precozmente la identificación conjunta madre-recién nacido -Realizar el traslado madre-recién nacido a la unidad de hospitalización manteniendo el contacto piel con piel

METODOS: Descripción de la técnica para la realización de: -Contacto inmediato piel con piel -Contacto precoz piel con piel en nacimiento por cesarí -Contacto precoz piel con piel padre/pareja -Pinzamiento tardío del cordón umbilical -Facilitar el inicio de la lactancia materna de manera precoz -Identificación del recién nacido -Pesar al recién nacido -Profilaxis oftálmica neonatal -Profilaxis de la enfermedad hemorrágica del recién nacido -Profilaxis antibiótica en el recién nacido por riesgo de infección neonatal -Traslado madre/recién nacido a la unidad de hospitalización.

RESULTADOS: Pendiente recopilar datos sobre porcentajes de los distintos cuidados realizados al recién nacido de junio-octubre por nueva implantación de programa informático.

DISCUSION: Apostando por la práctica asistencial basada en la evidencia científica.



O-051.- INFLUENCIA DE LA ANALGESIA EPIDURAL EN EL PARTO: CUIDADOS DE LA MATRONA.

ORELLANA-REYES M*, VALENCIA-GÓMEZ E, VAELLO-ROBLEDO A.

HOSPITAL DE LA PALMA.

RESUMEN.

OBJETIVO: Establecer de una manera clara la posible influencia de la analgesia epidural durante el trabajo de parto y las posibles soluciones llevadas a cabo por la matrona.

METODO: Se realiza revisión bibliográfica sobre las bases de datos PUBMED, CINAHL, EMBASE, UNPTODATE, CUIDEN, COCHRANE LIBRARY, periodo de estudio entre 2005-2012.

RESULTADOS: Los resultados de esta revisión muestran una clara influencia de este tipo de analgesia en el resultado de parto instrumental (alargamiento periodo expulsivo), no siendo así en el índice de cesáreas. Se observa una clara influencia sobre la dinámica uterina y el efecto de sobre la frecuencia cardíaca fetal ante el empleo de ciertos fármacos, además de la influencia sobre la temperatura materna. Ante la posible actuación de la matrona resalta la clara evidencia sobre el manejo de los tiempos durante el periodo expulsivo y los distintos cambios de posición materna durante el trabajo de parto y la disminución de parto instrumental. DISCUSIÓN: los beneficios sobre el alivio del dolor durante el trabajo de parto en mujeres con analgesia epidural contrasta su repercusión durante el trabajo de parto, siendo evidente adaptar el manejo obstétrico en estas gestantes, siendo imprescindible el cuidado y actuación de la matrona. Sería interesante la continuación de estudios que permitan sobre todo el manejo postural más específico para lograr las mayores tasas de parto eutócico.



O-052.- FACTORES ASOCIADOS A LA PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE EDUCACIÓN MATERNAL.

MARTÍNEZ-LEÓN J, MARTÍNEZ-GALIANO JM, MEDINA-GIL AM, ÁGUILA-BARRANCO JC, SIERRA-FERNÁNDEZ MF, GÁLVEZ-TORO A.

E.P. HOSPITAL DE PONIENTE.

RESUMEN.

OBJETIVO: Conocer los factores que tienen influencia en la participación de las mujeres en el programa de educación maternal. **METODO:** Estudio multicéntrico observacional llevado a cabo en el área sanitaria de cuatro hospitales del sistema sanitario público. La recogida de datos se llevo a cabo desde el mes de enero del 2010 a enero del 2011. La población de estudio fueron mujeres primíparas que dieron a luz en alguno de estos centros. Se estudiaron diferentes variables sociodemográficas, variables del estilo de vida, variables relacionadas con el embarazo y el uso de los servicios sanitarios. Los datos se recogieron a través de una entrevista, de la historia clínica y de la cartilla de salud de la embarazada. Para variables dicotómicas se estimó la odds ratio (OR) y su intervalo de confianza (IC) del 95%. En el análisis multivariable se aplicó la regresión logística, para las variables continuas se utilizó la comparación de medias, y en el análisis multivariable se utilizó el análisis de la covarianza. **RESULTADOS:** El estado civil de la mujer diferente al estado civil casada tuvo asociación negativa con la realización de la educación maternal por parte de la gestante bien como pareja de hecho (OR = 0.65, IC 95% = 0.39-1.08) o como cualquier otro tipo de estado civil (OR = 0.51, IC 95% = 0.31-0.86), de igual modo el mayor nivel de estudios, es decir, las mujeres que poseen estudios universitarios acuden más a las clases de educación maternal que las que no acabaron los estudios primarios (OR = 0.11, IC 95% = 0.03-0.37). El mayor nivel de ingresos que tuviese la mujer también se identificó con la realización por parte de esta de la educación maternal (OR = 14.15, IC 95% = 4.00-75.16). La nacionalidad distinta a la española también se asoció de forma negativa con la realización de la educación maternal (OR = 0.21, IC 95% = 0.11-0.40). La media de edad de las mujeres que acudieron al programa de educación maternal fue de 30.71 ± 0.25 con un intervalo de confianza del 95% (30.21-31.23) y en el grupo de las mujeres que no acudieron de 28.18 ± 0.44 (IC 95% = 27.29-29.06), $p = 0.001$. **DISCUSION:** El nivel socioeconómico y cultural de la mujer tiene repercusión sobre la realización del programa de educación maternal por parte de la mujer.



O-053.- LA EDUCACIÓN MATERNAL COMO HERRAMIENTA ÚTIL EN LA ATENCIÓN AL PARTO.

MEDINA-GIL AM, MARTÍNEZ-GALIANO JM, LUQUE-LÓPEZ E, DEL REY-MÁRQUEZ MD, ASENSIO-PASTOR PA, PÉREZ-MARTÍN B.

HOSPITAL DE PONIENTE.

RESUMEN.

OBJETIVO: Evaluar la influencia que tiene el programa de educación maternal sobre los diferentes aspectos que contempla el plan de humanización de la atención perinatal/estrategia de atención al parto normal. **METODO:** Estudio multicéntrico observacional llevado a cabo en el área sanitaria de cuatro hospitales públicos del sistema sanitario. Los datos se recogieron durante un año desde enero del 2010 a enero del 2011. La población de estudio fueron mujeres primíparas que dieron a luz en alguno de estos centros. Se estudiaron diferentes variables relacionadas con la realización de la educación maternal y diferentes prácticas recomendadas incluidas dentro del plan de humanización de la atención perinatal y/o la estrategia de atención al parto normal como el establecimiento del contacto precoz piel con piel, inicio precoz de la lactancia materna, participación activa de la pareja en el proceso de parto y utilización de medidas analgésicas alternativas. Los datos se recogieron de la historia. Para variables dicotómicas se estimó la odds ratio (OR) y su intervalo de confianza (IC) del 95%. En el análisis multivariable se aplicó la regresión logística. **RESULTADOS:** La realización de la educación maternal por parte de la madre mostró una asociación positiva con diferentes parámetros obstétricos, como con el establecimiento precoz piel con piel entre la madre y el recién nacido (OR = 1.68 , IC 95% = 1.08-2.58), así como la participación activa de la madre en el proceso de parto (ORa = 1.64, IC 95% = 1.16-2.31) [OR ajustada por estado civil, nivel de estudios máximos alcanzados, presencia de patología en el embarazo, embarazo buscado, edad de la madre, utilización de la analgesia epidural y modo de inicio del parto] y el inicio precoz de la lactancia materna (OR = 1.56, IC 95% = 1.01-2.42). Sin embargo, no se observó una asociación estadísticamente significativa entre la realización de educación maternal y la utilización de medidas analgésicas no farmacológicas durante el parto (OR = 0.98, IC 95% = 0.61-1.60). **Conclusiones:** La educación maternal es un instrumento útil para llevar a cabo y mantener las prácticas que recomienda el plan de humanización de la atención perinatal y la estrategia de atención al parto normal.



O-054.- 1001 NOCHES DE SUEÑOS DE LUZ: DANDO A LUZ, DANDO VIDA. LIBRO DE RECOMPILATORIO DE VIVENCIAS DE PARTO EN DOMICILIO.

WATERS-SILVA SE, CALVO-SAURET M, VÁZQUEZ-GARRETA G, AMORÓS AM.

MARENOSTRUM CENTRO DE SALUD FAMILIAR.

RESUMEN.

OBJETIVO: Reunir escritos de mujeres que han experimentado un parto en domicilio y publicar un libro con el fin de informar a otras mujeres y profesionales. METODO: Elaboración de escritos de varios autores y desarrollo de estadísticas con los parámetros de normalidad. Resultado: Tras esta experiencia se demuestra la satisfacción de las mujeres a dar a luz en su hogar y se crea una base de datos para evidenciar la seguridad de los partos en domicilio. DISCUSION: Marenostrium, centro de salud familiar en Barcelona, celebra su aniversario describiendo su trayectoria dedicada a estar al lado de las mujeres, sus bebés y sus familias. A menudo se escriben tratados acerca del funcionamiento y la fisiología del parto, las necesidades de los recién nacidos, etc. pero hasta ahora no se han descrito los sentimientos de la mujeres y sus parejas durante el embarazo y el parto. Este recopilatorio de vivencias de mujeres, hombres y profesionales describe sensaciones experimentadas en nacimientos que se dan a cabo en el hogar y en otros escenarios. Así mismo, se han podido recoger datos sobre el desarrollo de partos en domicilio elaborando unos parámetros de normalidad en mujeres de bajo riesgo. Con éstas queda demostrado el poder femenino, la fuerza de la naturaleza y la madre tierra. Tras la elaboración de este libro se ha obtenido mayor entendimiento acerca de las necesidades de la mujer que da a luz.



O-055.- AMNIOTOMÍA COMO PRÁCTICA RUTINARIA PARA RESOLVER LA HIPODINAMIA EN EL TRABAJO DE PARTO ESPONTÁNEO EN MUJERES NULÍPARA.

RUIZ-GÓMEZ E, PÉREZ ESPARZA-TORRES L, SÁNCHEZ-HERRERA S, REYES-JIMÉNEZ.

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA.

RESUMEN.

OBJETIVO: Determinar la efectividad de la amniotomía como única intervención para el acortamiento sistemático de los trabajos de parto de comienzo espontáneo prolongados.

METODOLOGÍA: La amniotomía es la rotura artificial de membranas durante el trabajo de parto y hoy en día es uno de los procedimientos más utilizados en la práctica moderna de la obstetricia. El principal objetivo de esta técnica es acelerar las contracciones y, de este modo, acortar la duración del trabajo de parto. En este sentido, es muy importante la monitorización de la dinámica uterina midiendo tono de base, intensidad, duración y frecuencia de cada contracción. Esta observación, es competencia y responsabilidad directa de la matrona y es quien debe realizar el diagnóstico de la anomalía de las contracciones para evitar un parto prolongado. Una de las principales causas y la más común de un parto prolongado, es la hipodinamia (disminución de las contracciones viéndose afectada la intensidad, la frecuencia y la duración) Cuando se aprecia un patrón anormal en la dinámica uterina, la amniotomía es la técnica de elección antes de empezar con la administración de oxitocina intravenosa. No queda muy claro de que manera se produce este fenómeno, pero se cree, que cuando se rompen las membranas aumenta la producción y liberación de prostaglandinas y oxitocina, originando contracciones más fuertes y una dilatación más rápida. Por el contrario, una amniotomía realizada demasiado temprano, es decir, antes de los 3 cm de dilatación, puede resultar contraproducente, e incluso, enlentecer el proceso de parto.

RESULTADOS: Tras consultar bibliografía relacionada, se concluye que no hay una clara diferencia estadística en la reducción de tiempo de parto, en la puntuación de Apgar y en la satisfacción materna entre los grupos en los que se realiza amniotomía y en los que no, pero sí se asocia con un ligero incremento del riesgo de cesárea. Otras publicaciones consultadas, deducen lo mismo.

DISCUSION: Las evidencias actuales no permiten hacer una recomendación generalizada acerca de la amniotomía rutinaria. En base al nivel de evidencia encontrado en la literatura se recomienda el uso restringido de la amniotomía en el trabajo de parto de inicio espontáneo, salvo en casos justificados clínicamente. Las Guías de Práctica Clínica y la OMS aconsejan tener razones de peso para la práctica de la amniotomía porque no es posible determinar que tengan una clara ventaja.



O-056.- EL PARTO NORMAL EN UN HOSPITAL COMARCAL: ¿SE ADECUA AL ESTÁNDAR DE LA OMS?.

TOSQUELLA N*, MONTSERRAT N.

HOSPITAL DEL VENDRELL.

RESUMEN.

Introducción: El Área de Partos de este Hospital Comarcal, ofrece una atención al nacimiento con la mínima intervención necesaria, fijándose en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como el no excederse en un 15% de Cesáreas, no hacer episiotomías rutinarias (aconseja un 10%) y un 10-15% de Inducciones. También recomienda que el personal de preferencia para la asistencia al parto sea la comadrona, que se utilicen posiciones verticales y no la posición de litotomía como posición rutinaria y el pinzamiento tardío del cordón umbilical, favoreciendo el contacto piel con piel y un inicio precoz de la Lactancia Materna (LM). OBJETIVOS: Valorar los resultados de la OMS comparativamente con la realidad del hospital comarcal y realizar propuestas de mejora en base a ellos. METODO: Estudio retrospectivo descriptivo de la comparación de porcentajes de algunas prácticas rutinarias y de la asistencia al parto de un hospital comarcal y las recomendaciones de la OMS. La recogida de datos se realizó desde el registro de historia clínica informatizada mediante el programa estadístico GoWinXD de los 846 partos atendidos entre el período del 1 de Junio del 2011 al 31 de Mayo del 2012, con posterior explotación de datos con el programa OpenOffice 2.0. RESULTADOS: De 846 partos atendidos, el 73.75% fueron Eutócicos, 5.9% instrumentados y 20.33% Cesáreas. Un 90.7% de los partos son asistidos por la comadrona, con un 35.45% de inducciones y un 10% de realización de episiotomías. Se utilizan varias posiciones en un 89.57% excluyendo la posición de litotomía y después del parto, el pinzamiento tardío del cordón se realiza en **80,21% de los casos y se mantiene el contacto piel con piel con la madre en un 93'85% con el inicio precoz de la lactancia materna en un 73'74%**. DISCUSION: Los resultados presentados anteriormente muestran que el hospital se adecua en algunas de las recomendaciones de la OMS, por eso deberíamos conservar el porcentaje de partos eutocicos, sin aumentar la tasa de episiotomías y que estos sean atendidos por comadronas. A parte de seguir potenciando otras posiciones durante el expulsivo y seguir favoreciendo el pinzamiento de cordón, el piel con piel y la LM. El porcentaje de cesáreas se mantiene relativamente cercano a las recomendaciones, pero el de inducción dobla la recomendación, siendo necesario revisar los criterios de inducción si se pretende acercarse más a ese porcentaje.



O-057.- EXPERIENCIA DE LOS PROFESIONALES EN LA ATENCIÓN AL PROCESO DE PARTO EN MUERTE INTRAUTERINA.

MARTÍNEZ-SERRANO P, DÍAZ-SÁNCHEZ V, PALMAR-SANTOS AM, SOLIS-MUÑOZ M, ÁLVAREZ-PLAZA C, VIVANCO-MONTES ML.

HU PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA.

RESUMEN.

OBJETIVO: Describir la experiencia de los profesionales en la atención al proceso de parto en muerte intrauterina. **MÉTODOS:** Diseño descriptivo, abordaje cualitativo y enfoque fenomenológico. Estudio multicéntrico en el contexto del Servicio Madrileño de Salud. **Sujetos:** matronas y auxiliares de enfermería con experiencia en la atención a parejas en proceso de parto con muerte fetal tardía, que den su consentimiento firmado. Muestreo de conveniencia. Captación desde diferentes ámbitos asistenciales. **METODO:** de recogida de datos: grupos de discusión. Se ha estimado que el número de grupos de discusión para saturar el discurso será de 3, con participación de 6-10 profesionales por grupo. Criterio de homogeneidad entre grupos: categoría profesional (2 grupos matronas, 1 grupo auxiliares y 1 grupo mixto). Criterios de heterogeneidad intragrupo: sexo, edad, tiempo profesional, centro de trabajo, número de casos atendidos, tiempo transcurrido desde última experiencia. El análisis se realizará siguiendo el método propuesto por Corbin y Strauss. **RESULTADOS:** Se han realizado un primer corte de resultados con 2 de los 3 grupos de discusión proyectados en la investigación, uno de matronas y uno mixto (matronas y auxiliares de enfermería). Las pre categorías encontradas hacen referencia a: 1) El profesional en relación a la institución, donde se contemplan aspectos institucionales y administrativos sobre los que el profesional tiene poca influencia. 2) El profesional en relación al paciente: comunicación, aspectos asistenciales referentes al recién nacido y acompañamiento. 3) Rol profesional: dificultades en el abordaje, dificultades en el afrontamiento, falta de consenso profesional. 4) Necesidades expresadas. **DISCUSION:** Se precisan algunos ajustes en el muestreo en el siguiente grupo, así como la consideración de llevar a cabo alguno más que amplíe los perfiles necesarios que nos permitan la saturación del discurso. **Aplicabilidad:** Se pone de manifiesto la necesidad de contar con una guía para profesionales que además sirva de consenso respecto a la atención prestada, y la creación de grupos especializados en la atención a este tipo de procesos. La necesidad manifiesta de una mayor formación para los profesionales implicados pueden orientar los programas de Formación Continuada destinados a los colectivos implicados. Proyecto financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria PI10/1980.



O-058.- MANEJO POSTURAL DE LA GESTANTE DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y EXPULSIVO.

ORELLANA-REYES M*, VAELLO-ROBLEDO A, VALENCIA-GOMEZ E.

HOSPITAL DE LA PALMA.

RESUMEN.

OBJETIVO: Determinar si el cambio de posición materna y el uso de diversas posturas durante el trabajo de parto y expulsivo reduce el número de malposición fetal y aumenta el índice de parto eutócico **METODO:** Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PUBMED, CUIDEN, COCHRANE PLUS, MEDLINE durante los años 2002-2012 encontrándose artículos de relevante evidencia científica **RESULTADO** Existe evidencia que el uso de posiciones verticales además de determinadas posturas alternando en diversos periodos de tiempo, evitando la hiperlordosis lumbar, flexión de la columna... influyen en el menor índice de parto instrumental, mayor satisfacción materna y mayor índice de parto eutócico **Discusión** A lo largo de la historia el manejo de la gestante durante el proceso de parto ha pasado por múltiples etapas, además con la incorporación de la analgesia epidural se ha planteado la importancia de los cambios posturales de la gestante, para modificar los distintos diámetros pélvicos y así facilitar la acomodación de la cabeza fetal Sería interesante realizar más estudios sobre ello, además de promover la realización de protocolos sobre ello.



O-059.- LA AUTONOMIA DE LA MUJER EN EL NUEVO PARADIGMA DE ATENCION AL PARTO.

MARTÍNEZ-GARCÍA E, POZO-CANO MD, GONZÁLEZ-JIMÉNEZ E, NAVARRO-JIMÉNEZ C.

HOSPITAL DE GUADIX.

RESUMEN.

OBJETIVOS: - Clarificar el papel que la Autonomía de la mujer puede tener en el nuevo paradigma de Atención al Parto que se trata de ir estableciendo en nuestro país, así como identificar las ventajas e inconvenientes que para los profesionales sanitarios puede suponer la verdadera asunción de este principio en la práctica asistencial. **MÉTODOS:** - Se realiza una revisión del significado del Principio de Autonomía como uno de los cuatro principios de la Bioética. Posteriormente realizamos una reflexión sobre los inconvenientes que puede generar en los profesionales sanitarios una efectividad real de este principio, en términos de tiempo dedicado a la asistencia y generación de conflictividad. Así mismo identificamos las ventajas, en términos de capacidad para la toma de decisiones, corresponsabilidad con las consecuencias y generación de reclamaciones teniendo en cuenta los niveles de maduración moral de las personas según el Psicólogo L Kohlberg, así como los beneficios para la salud y para la calidad de la asistencia. **RESULTADOS.**- El principio de Autonomía es un principio fundamental en la Bioética moderna que viene a hacer énfasis en que todo ser humano deber ser considerado y respetado como un sujeto moral autónomo, responsable de sus propias decisiones. Que las mujeres durante su proceso de nacimiento puedan hacer efectivo este, considerado ya derecho a nivel legal, supone para los profesionales sanitarios una mayor inversión en tiempo de formación y asistencial por la cantidad y calidad de información que hay que ofrecer a la mujer. Además, este modelo de relación clínica basado en una mayor igualdad, aumenta la conflictividad. Por el contrario la capacidad de tomar decisiones conlleva una responsabilidad sobre sus consecuencias, por lo que solo aquellas mujeres que superan un nivel según Kohlberg, convencional de maduración moral, estarán dispuestas a asumir un papel autónomo. Además las reclamaciones se pueden ver reducidas, garantiza la protección a la salud al favorecer el consentimiento debidamente informado y mejora la calidad asistencial al crearse un clima de respeto y confianza entre las dos partes. **Conclusión.**- Los profesionales sanitarios suelen considerar a una mujer autónoma como una amenaza a su profesionalidad, cuando por el contrario las ventajas superan con creces los inconvenientes. Este modelo de atención viene a desbancar al antiguo modelo paternalista y las matronas debemos ser conscientes de que el cambio de paradigma en la atención al parto no pasa solamente por la aplicación de unas prácticas basadas en la



evidencia, sino por un cambio sustancial en la manera de relacionarnos con las que decimos, son las verdaderas protagonistas. Como retos prioritarios en nuestra formación se sitúan por tanto, la formación en resolución de conflictos y en habilidades de comunicación ya que la conflictividad si bien no se puede evitar, se debe gestionar.



O-061.- A PROPÓSITO DE UN CASO: MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA TIPO I.

GARCÍA E, GARCÍA MJ, AMADOR L*.

H.U. GETAFE.

RESUMEN.

OBJETIVO GENERAL: - Revisar un caso de inducción de parto en mujer con mutilación genital tipo I no diagnosticada. OBJETIVO ESPECÍFICOS: - Valorar si la mutilación genital tipo I o clitoridectomía puede cursar con complicaciones intra-parto. - Valorar la actuación de la matrona durante la dilatación. - Conocer la conducta que se debe tener en casos de mutilación basándonos en guías clínicas. METODO: - Revisión bibliográfica. DISCUSION Y RESULTADOS: Descripción del caso: E.J., mujer de 30 años, inmigrante de origen nigeriano con residencia desde hace 5 años en España. G2 P1 A0 V1. Cesárea anterior por riesgo de pérdida de bienestar fetal. Ingresa por inducción de parto por GCP. Se induce con prostaglandinas mediante dispositivo Propess ©. A las 6 horas aproximadamente comienza con trabajo de parto y se prosigue con oxitocina con regla Cardiff hasta dinámica regular. Solicita analgesia epidural. Comienza con deceleraciones tipo variable, finalizando la gestación mediante cesárea. Durante la realización de un sondaje intermitente se observa que la paciente tiene una cicatriz en zona clitoridea, se comenta con la señora que confirma que le fue realizada una clitoridectomía de niña. Actuación sanitaria: A pesar de ser un embarazo controlado no existe ninguna reseña en su historia clínica donde aparezca documentada la mutilación, el profesional sanitario debe controlar a las mujeres que por su procedencia pueden ser sujetos de riesgo. En la revisión bibliográfica se observa que toda mujer con algún tipo de mutilación genital puede presentar complicaciones durante el parto como desgarros perineales, hemorragias, aumenta el riesgo de pérdida del bienestar fetal y aumenta el porcentaje de cesáreas con respecto al resto de población. La OMS ha emitido informes con las poblaciones de riesgo, poblaciones inmigrantes que se han asentado en España. En Cataluña se han publicado guías a profesionales de actuación. Se deben establecer protocolos multidisciplinarios y de distintos niveles (primaria y especializada) para una vez captada la mujer en el embarazo, sea diagnosticada, valorada y proceder a una atención continuada para aplicar cuidados de calidad y evitar el mantenimiento de la práctica en su descendencia.



O-062.- EDUCACIÓN SEXUAL PARA PADRES DE NIÑOS DE 8-9 AÑOS.

GARCÍA E, AMADOR L, GARCÍA MJ, FERREIRO C, FONTÁN M, BARAJAS C.

HCU GETAFE, SUPLENTE.

RESUMEN.

• **OBJETIVO GENERAL:** Que los padres adquieran conocimientos, habilidades y actitudes que les permitan realizar una educación sexual continua y satisfactoria, adecuada a las necesidades de sus hijos, de edades comprendidas entre 8-9 años. • **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** En el proyecto se establecen una serie de objetivos afectivo-motivacionales, **cognoscitivos y de habilidades, junto con unas metas operativas pertinentes.** • **METODO:** Se realiza en primer lugar una busca bibliográfica extensa sobre educación sexual en niños, centrándose en edades entre 8-10 años, y se revisan diferentes programas. Se establece una población diana y se analiza, determinando cómo se llevaría a cabo la captación y la cobertura que se pretende alcanzar. Se establecen una serie de objetivos y metas operativas, en base a lo cual se desarrollan cinco sesiones educativas, de una duración de 90 minutos cada una, estableciendo una periodicidad de una sesión por semana, en horario de tarde, estimando una asistencia de unos 15 a 20 padres. Se establece la realización de dos programas completos por trimestre, finalizando con un total de 6 programas por curso escolar. Se acuerda el lugar en el que se realizarían las sesiones y el material necesario. Finalmente se realiza un cuestionario para la evaluación del curso, que los padres participantes rellenarían al finalizar todas las sesiones, usando una escala tipo likert, y por otro lado, se realiza un test pre y post para la evaluación de las metas establecidas en el **programa. También se seleccionan una serie de indicadores de evaluación.** • **RESULTADOS Y DISCUSION:** La educación sexual va más allá de la mera enseñanza de los hechos biológicos y la prevención de ETS, y no debe limitarse a la adolescencia, sino que se debe empezar a edades mucho más tempranas, desarrollando actitudes que conduzcan a una vida sana física, psicológica y emocional. Los principales educadores son los padres, por lo que es imprescindible que estos dispongan de una serie de conocimientos básicos sobre sexualidad, y unas habilidades mínimas de comunicación. Tras la búsqueda bibliográfica se ha comprobado que es muy necesario incidir en este tema, involucrando a los principales educadores; los padres o tutores de los niños para que estos reciban una educación completa y acorde, sin contradicciones que puedan confundirles. En los centros educativos se incide en lo biológico, quedando otros valores y conceptos de la sexualidad al **descubierto.** • **PALABRAS CLAVE:** educación, sexualidad, programa.



O-063.- GRADO DE CONSECUCCIÓN DEL OBJETIVO DEL MILENIO Nº 5 VINCULADO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: "MEJORAR LA SALUD MATERNA".

GARCÍA-DA SILVA A, ÁVILA-CUADROS M, MARTÍNEZ-GARCÍA E, SÁNCHEZ-ALÍAS M, MORIANA-LÓPEZ M.

HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES (GRANADA).

RESUMEN.

OBJETIVOS: Analizar si el Objetivo del Milenio Nº 5 establecido por Naciones Unidas vinculado a la Salud Sexual y Reproductiva: "Mejorar la Salud Materna", va desarrollándose de forma adecuada a tres años vista del límite del año 2015, internacionalmente acordado y ratificado en la Cumbre del Milenio. METODOS: Se analizan los últimos datos publicados en 2011 por Naciones Unidas sobre evolución y grado de consecución del Objetivo 5 "Mejorar la salud materna" a través de los siguientes indicadores: tasa de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos, prevalencia de contracepción, porcentaje de necesidades de contracepción insatisfechas, porcentaje de partos asistidos por personal de salud capacitado y porcentaje de mujeres que reciben al menos una y cuatro visitas prenatales por personal cualificado, entre 1990 y 2009/2010. RESULTADOS: La tasa mundial de mortalidad materna se ha reducido de 400 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en 1990 a 210 en 2010. Las necesidades de contracepción insatisfechas han disminuido del 14 al 11%, la prevalencia de anticoncepción ha aumentado del 52% al 61%, el porcentaje de mujeres que al menos realizan una visita prenatal por personal cualificado se ha elevado del 64% al 81% y las que al menos hacen cuatro, del 35% al 51%. También se observa un incremento a nivel mundial del porcentaje de partos que es atendido por personal capacitado que ha sido del 55% al 65%. Todos estos indicadores muestran una gran variabilidad entre unos países y otros. DISCUSION: Aunque el ritmo de desarrollo es lento para los ODM propuestos, se observan avances en los indicadores de Salud Sexual y Reproductiva en todas las regiones en vías de desarrollo, si bien las desigualdades entre países aún son enormes. La comunidad internacional ha reconocido que las matronas estamos en el centro de todas las intervenciones para acelerar el desarrollo, pues unos servicios de partería adecuados podrían evitar hasta el 90% de las muertes maternas, además de más del 60% de muertes perinatales, así como promocionar la salud de mujeres y niños. Por tanto debemos ser conscientes del papel crucial que juegan las matronas cualificadas en la consecución de los objetivos. Miles de millones de mujeres y niños esperan que la comunidad internacional cumpla la promesa de la Declaración del Milenio, y nuestra responsabilidad es cumplir con esta promesa.



O-064.- VIVENCIA DE LA MATERNIDAD EN MUJERES CON DISCAPACIDAD VISUAL.

VELO M, RAMOS I*, GÓMEZ L, RAMOS A, BEDOYA NL, CAMPOS MR.

H.U. MÓSTOLES.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Conocer la vivencia de la maternidad en mujeres con discapacidad visual.

MÉTODOS: - Población de estudio: mujeres invidentes con hijos menores de 12 años. -

Diseño: Estudio cualitativo transversal. - Técnicas de generación de información:

Entrevistas telefónicas y vía e-mail a usuarias del foro Tiflobebé. RESULTADOS: Se

realizaron un total de nueve entrevistas a mujeres con edades comprendidas entre 27- 41 años. La mayor parte de las entrevistadas eran mujeres primíparas y embarazos deseados.

El 77,7% tuvieron sus hijos mediante cesárea y el resto fueron partos eutócicos. La

nacionalidad fue variada: españolas, argentinas, venezolanas y brasileñas. El grado de

discapacidad visual era diverso. En cuanto a sus parejas, el 55,5% presentaban

discapacidad visual. La edad de los hijos estaba entre los 9 meses y los 4 años. El apoyo

familiar siempre estaba presente, sin embargo el apoyo social no lo estaba en algunos

casos. En general el contacto con el personal sanitario fue satisfactorio, siendo algo

importante la escucha del latido cardiaco fetal y las descripciones ecográficas. Los miedos

que presentaban eran comunes a las gestantes primerizas además del temor a transmitir la

discapacidad. Se consideran autónomas en el cuidado de sus hijos pero perciben su

discapacidad como una dificultad añadida. Sus mayores dificultades se encontraban en salir

a la calle, introducir la alimentación con cuchara o detectar cambios en la piel. Consideran

que no existe diferencias en los hijos de padres invidentes, generalmente son producto de

la cultura, educación y métodos de crianza. Era común el deseo de que sus hijos convivan

con la discapacidad de sus padres de una forma natural. Además consideran que son niños

muy cariñosos por relacionarse a través del tacto. El primer encuentro con sus hijos lo

describen como: "momento muy emotivo, muy gratificante", " me encantó sentir su olor, su

calor". DISCUSIÓN: Las madres invidentes viven la maternidad de una forma natural, sin

considerarla una experiencia más complicada, sino diferente. Los apoyos, tanto formarles

como informales, son importantes durante este proceso. Por su forma de comunicarse con

el mundo a través del tacto, están aportando a sus hijos lo que las últimas teorías en

pediatría vienen defendiendo como una necesidad básica de los niños: el contacto físico.

Debido al tamaño muestral, las conclusiones de esta investigación no pueden ser

extrapoladas a la población de estudio.



O-065.- PROTOCOLO DE ATENCIÓN A EMBARAZADAS CON PROBLEMAS DE MOVILIDAD.

REINA J *, DE PRADO M, TORTI J, MOLINA E.

EMPRESA PUBLICA HOSPITAL ALTO GUADALQUIVIR.

RESUMEN.

Introducción: El embarazo en una mujer con problemas de movilidad es tan posible como en una mujer totalmente sana, si bien la gestante tendrá que enfrentarse a una serie de complicaciones. Será un embarazo de alto riesgo obstétrico que implicará la intervención de un equipo multidisciplinar (obstetra, matrona, fisioterapeuta, enfermera y médico especialista). Con el motivo de poder atender las necesidades de este tipo de mujeres y ajustarnos a los objetivos del Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía, así como el I Plan de Acción Integral para las Mujeres con Discapacidad en Andalucía 2008-2013 se creó este protocolo. OBJETIVOS: • **Crear y poner en marcha un protocolo de atención a embarazadas con problemas de movilidad, para mejorar su asistencia en el embarazo, parto y puerperio.** • **Coordinar a los miembros del equipo que intervengan en todo el proceso.** • **Asegurar la satisfacción de la gestante por la atención de calidad atendiendo a su discapacidad.** METODOS: Este protocolo se elaboró a partir de la Guía para la mujer con discapacidad. Del embarazo al parto. Instituto Guttmann. Los problemas de movilidad de estas mujeres pueden ser consecuencia de múltiples enfermedades o lesiones como: lesiones medulares, esclerosis múltiple, osteogénesis imperfecta, artritis reumatoide, lupus, parálisis cerebral, amputación de miembros inferiores. Con este documento se pretende informar al personal responsable sobre las características especiales que pueden presentar estas mujeres y sus posibles complicaciones. Se crea un programa especial para el seguimiento del embarazo de estas mujeres paralelo al ya existente del embarazo normal. Dentro de este programa se planifica una reunión multidisciplinar en la que cada profesional valorará sus recomendaciones específicas para el parto. En el plan de cuidados que aparece en el protocolo se enumeran unas recomendaciones básicas a tener en cuenta en el momento del parto, dilatación, expulsivo, alumbramiento, cesárea, puerperio y actuación ante una crisis de disreflexia. RESULTADOS: Hasta la fecha no hemos podido realizar una evaluación del protocolo debido a la poca frecuencia de mujeres con problemas de movilidad. DISCUSION: Es interesante la divulgación de este tipo de protocolos para poder confrontar las dificultades que se puedan plantear en la práctica.



O-066.- MEJORANDO LOS CUIDADOS DE LA MATRONA: REFLEXOLOGÍA EN LA MATERNIDAD.

BUENO-MONTERO E*, FERNÁNDEZ-ZÁRATE M.

HOSPITAL PUNTA EUROPA.

RESUMEN.

OBJETIVO PRINCIPAL: Nos proponemos suscitar curiosidad sobre el tema, dar a conocer la técnica y relacionarla con la gestante, ya que es una alternativa válida a muchos tratamientos farmacológicos y carece de reacciones adversas al aplicarse, al contrario de lo que ocurre con los fármacos. METODOS: A través de una Búsqueda bibliográfica exhaustiva (pubmed, uptodate, cochrane, medline, scielo, asociación española de fisioterapeutas, sociedad española de ginecología y obstetricia, asociación nacional de reflexología, artículos publicados en revistas científicas, trabajos de investigación realizados y monografías) • Criterios de inclusión: La búsqueda se ha realizado entre los años 1992 al 2012 **seleccionando en las fuentes anteriormente citadas, En el idioma español e inglés** • Palabras clave: Reflexología, maternidad, métodos alternativos y naturopatía. RESULTADOS: La reflexología ha convivido con nosotros, como mínimo, desde el año 2500 a.C., tal y como evidencian los dibujos que aparecen en tumbas antiguas, Es un arte sanador del siglo XX que se basa en unos principios de la antigüedad. Se comprobó una serie de efectos al manipular el pie, Efectos que no estaban limitados a las regiones corporales tratadas directamente, sino que también había una influencia a nivel reflejo, este es el pilar básico de la reflexología. Los buenos resultados obtenidos con la Reflexología Podal en la recuperación de la salud, cada vez sean más los profesionales que la emplean: Naturópatas, Quiromasajistas, Osteópatas, Fisioterapeutas y ¿por qué no? Nosotras las matronas. Algunas universidades en Australia la reflexología es una asignatura obligatoria en la formación de las matronas, el Hospital de Maternidad Nacional de Dublín, Irlanda, incluso tienen su propio Departamento de Reflexología y se les oferta a las embarazadas. Se puede emplear a partir de la 14 semana de gestación, entre los usos y ventajas tenemos: -Regulación de las contracciones -Como estimulante de la inducción natural -Estimulante en la secreción de endorfinas -Estimulante de relajación y analgesia, con el fin de favorecer un efecto analgésico, sobre todo en la región lumbo-sacral -Favorece la micción y evitando la retención de orina, factor que puede ayudar a enlentecer la dilatación -Estimulación intestinal disminuyendo los casos de estreñimiento -Al relajar a la gestante, Previene la hiperventilación estimulando una correcta respiración, regulando el estrés y disminuyendo la angustia -Como relajante del periné y la vagina, contribuyendo a la prevención de la episiotomía -Reduce las náuseas y el vómito que persisten más allá de



pasado el primer trimestre. - Capaz de brindar un importante apoyo físico y emocional

Conclusiones Existe cierta evidencia de que disminuye el edema y el dolor en el parto, aunque se necesitan más estudios para generalizar conclusiones. DISCUSION: La evidencia científica es una parte fundamental en nuestro trabajo, pero no abarca el 100%, ya que como profesionales de la salud debemos dejarnos guiar también por: los valores y preferencias de las gestantes y de nuestra experiencia, es por ello que a pesar de las conclusiones(Debido a los pocos estudios realizados)la reflexología sigue siendo una técnica segura, fácil de aplicar,sin consecuencias negativas para la salud de la embarazada y es muy bien tolerado por la mujer,por esto es una candidata idónea para formar parte de la actividad profesional de la matrona.



O-067.- EXPERIENCIA CON GRUPOS DE MUJERES, PARA TRABAJAR EL SUELO PÉLVICO EN ATENCIÓN PRIMARIA.

CREUS-PUJOL D, DOMÍNGUEZ-TORRES E, MONTE-MORA T, TEIXIDÓ-SENAR O.

CAP BALAFIA PARDINYES SECÀ DE SANT PERE.

RESUMEN.

Introducción Dentro del Programa para el abordaje de la incontinencia urinaria y en el apartado de la intervención grupal para el entrenamiento y la recuperación muscular del suelo pélvico iniciamos nuestra experiencia con grupos de mujeres que, una vez valoradas por la matrona y la enfermera referente, eran candidatas para formar parte de dichos grupos. La actividad se inició en Septiembre de 2011. OBJETIVOS: 1. Ofrecer herramientas de prevención, recuperación y tratamiento. 2. Mejorar la calidad de vida 3. Reinstaurar la continencia 4. Reducir o eliminar síntomas relacionados con la incompetencia del suelo pélvico. METODO: Los criterios de inclusión de las mujeres en los grupos han sido: 1. Querer y poder participar en la actividad. 2. Presentar síntomas de debilidad o incompetencia del suelo pélvico. 3. Haber tenido un parto hace más de 8 semanas. 4. No presentar contraindicaciones para los ejercicios propuestos. Ofrecemos dos niveles de entrenamiento, el nivel 1 dirigido por la enfermera y el nivel 2 dirigido por la matrona. Actividades: Anatomía y reconocimiento de la pelvis y de los músculos del suelo pélvico; movilidad pélvica; consciencia corporal; higiene postural, respiración y entrenamiento muscular del suelo pélvico con ejercicios de contracción voluntaria en diferentes posturas y gimnasia abdominal hipopresiva. Cada grupo realiza entre tres y cinco sesiones. Las mujeres son asignadas a cada nivel según necesidades de prevención y/o recuperación una vez hecha la valoración funcional del suelo pélvico por la matrona. La valoración de la recuperación ha sido personalizada en la consulta después de tres meses de ejercicios. Actualmente estamos empezando el análisis de los resultados en cuanto a recuperación de los síntomas, mejora de la calidad de vida y grado de satisfacción de las mujeres. RESULTADOS: Han asistido 72 mujeres (23 en el nivel 1 y 49 en el 2) distribuidas en 13 grupos (3 del nivel 1 y 10 del nivel 2). Los motivos de inclusión en los grupos han sido: 25, prevención y recuperación postparto; 12, IUE; 2, IUU; 10, IUM; 7, mejora del Oxford/PERFECT; 6, prevención y 10 embarazo. 21 mujeres han asistido a 1 sesión; 11 a 2; 30 a 3; 8 a 4 y 2 a 5 sesiones. DISCUSION: El trabajo en grupos nos ha permitido optimizar el espacio y el tiempo. Ofrecer a las mujeres los conocimientos y las instrucciones básicas para un entrenamiento regular y adaptado a sus posibilidades personales que pueden realizar con autonomía en sus casas.



O-068.- ASPECTOS LEGALES EN LA ACTIVIDAD DIARIA DE LA MATRONA.

FERNÁNDEZ-ZARATE M*, BUENO-MONTERO E, FERNÁNDEZ -CABALLERO A.

HOSPITAL PUNTA DE EUROPA.

RESUMEN.

OBJETIVO: Existe gran preocupación actualmente por todos los temas relacionados con la responsabilidad profesional de la matrona. Dicha preocupación viene derivada, entre otras causas, del fuerte aumento de reclamaciones judiciales por malapaxis (mala práctica).

CONTENIDO: Responsabilidad civil de la matrona. Responsabilidad penal. Responsabilidad administrativa. Responsabilidad patrimonial de la Administración. 2. Aspectos civiles. *La gestante menor de edad. *Pluralidad de nacimientos en un parto. 3. Aspectos éticos: *Consentimiento informado. *Secreto profesional de la matrona. *Responsabilidad en el trabajo en equipo en los paritorios. 4. Aspectos jurídicos: Documentos legales de la matrona. *Historia clínica de la gestante. *Hojas de Enfermería. * Partograma.

RESULTADO: Es adquirir los conocimientos suficientes sobre todo este conglomerado jurídico que a diario está presente en nuestra actividad y de la que desconocemos sus consecuencias legales y jurídicas en caso de malapaxis, o denuncias.



O-069.- SEXUALIDAD MASCULINA Y EMBARAZO: LA SALUD SEXUAL DEL HOMBRE DURANTE EL EMBARAZO DE SU PAREJA.

FERNANDEZ-CARRASCO FJ, VÁZQUEZ-LARA JM, RODRÍGUEZ-DIAZ L.

RESUMEN.

INTRODUCCIÓN: Aunque la sexualidad durante el embarazo es un tema que está bastante estudiado en las mujeres, es un tema poco investigado en la población masculina. Los estudios que se han hecho durante la gestación se centran las mujeres, dejando un poco de lado al otro miembro de la pareja o mejor dicho, sobreentendiendo que la sexualidad en este periodo de la vida tiene que ser igual para los dos miembros de la pareja. Aunque Master y Jhonson se empeñaran en explicar el paralelismo de la respuesta sexual humana en hombres y en mujeres se ha demostrado que difieren. Por lo tanto no se puede tratar la sexualidad el hombre durante el embarazo de forma complementaria a la de su compañera. **OBJETIVOS:** Hacer un diagnóstico de la salud sexual del hombre durante el embarazo de su pareja. Conocer el comportamiento sexual del hombre durante el embarazo de su pareja. **METODO:** Estudio descriptivo transversal, partiendo de una muestra de 1029 embarazos normales elegidos aleatoriamente, aplicando un nivel de confianza de 95% y con un error máximo del 5% se obtuvo una muestra de 280. Con unos criterios de inclusión y exclusión de embarazo fisiológico o patológico respectivamente. Se ha desarrollado y validado un cuestionario específico para este estudio. Los datos recogidos se han procesado mediante el paquete estadístico SPSS versión 19.0. Se realizó un análisis descriptivo de la población de estudio en el que se incluyeron frecuencias para las variables cualitativas y medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas. También se realizó análisis bivariante. **RESULTADOS:** Se han encontrado resultados muy interesantes en parámetros como deseo sexual, satisfacción sexual, miedos, prácticas sexuales así como de posturas adoptadas durante las relaciones sexuales.



O-070.- LA ATENCIÓN A LA MATERNIDAD: UNA CUESTIÓN DE GENERO?.

MURILLO-MOLINA M, ABAJO-LAMAS S, SOMBRERO-TORRES I, DAMIAN-SOLA P, PAUCAR-GUEVARA M, FONOLLOSA-QUERALT C.

PASSIR REUS CAMP DE TARRAGONA.

RESUMEN.

INTRODUCCIÓN: Entendemos como genero el conjunto de significados que una sociedad determinada asigna a los caracteres físicos y biológicos que diferencian los hombres y las mujeres y que proporcionan las ideas sobre las actitudes, valores, creencias y símbolos que dan significado a las experiencias y que contribuyen a la construcción de la identidad. Las cualidades que se adscriben a cada genero, han condicionado históricamente los trabajos que se le atribuyen, considerándose como propios de hombres y/o mujeres en cada cultura y son el resultado de la socialización no estando determinados de forma innata por el sexo biológico. Así encontramos que hombres y mujeres son diferentes en lo relacionado con la división sexual del trabajo y es esta diferencia la que aporta desigualdad tanto en la forma de la expresión social de la actividad como del reconocimiento social de la misma. Por tanto podemos decir que los componentes culturales son más importantes que los biológicos por lo que respecta a los roles asignados a cada genero. El rol de cuidados y atención a la maternidad, históricamente ha sido considerado cosa de mujeres. Los cuidados durante el embarazo, el parto, el puerperio, son clásicamente roles femeninos debido a la concepción de la palabra cuidados, desligado de trabajo remunerado, con un componente afectivo y elevado contenido moral. Desde esta perspectiva, la profesión de matrona se manifiesta, con escasa presencia masculina . Encontramos acepciones que argumentan este contexto. Por ejemplo la definición de Matrona que nos ofrece el Diccionario de la Real Academia española (DRAE). .Matrona 1 (Del latín matrona) f. Mujer especialmente autorizada para asistir a las parturientas. **HIPOTESIS** Las diferencias en las representaciones laborales de hombres y mujeres estarían relacionadas con las concepciones que sobre el genero están presentes en la sociedad y a menudo esta representación se asocia a la creencia de la posesión natural de saberes y habilidades que posee un genero u otro. **OBJETIVO GENERAL:** Conocer si persisten los estereotipos definidos a pesar de la globalización cultural y cambios socioculturales de las últimas décadas por lo que respecta a la atención al embarazo, parto y puerperio. **ESPECIFICO** Valorar si aparecen diferencias dependiendo del tipo de proceso asistencial por lo que respecta a la elección de un profesional matrona vs matrón **METODOLOGIA:** Encuesta con preguntas cerradas recogida en la primera visita control gestacional durante los meses de julio a octubre de 2012 en el Passir Reus. **RESULTADOS:** Pendientes 1 Matron, Antropólogo 2 Matrona.



O-071.- TACTO NUTRITIVO. ESTUDIO PILOTO.

RUÍZ-PLAZA JM, RAMÍREZ-PELÁEZ H, PADILLA-LEDESMA MM.

RESUMEN.

OBJETIVO: • Describir el programa de Tacto Nutritivo, dirigido a mujeres durante el postparto, que se realiza en el Patronato de Deportes, de San José de la Rinconada., en la provincia de Sevilla • Identificar el perfil de las usuarias participantes en el programa • El objetivo del programa Tacto Nutritivo es fomentar el vínculo entre padres e hijos y dar a conocer el masaje infantil. **METODOLOGIA:** • **Captación de las participantes:** a través del grupo de rehabilitación postparto que se realiza en el patronato de deportes de San José de la Rinconada. • **Campaña publicitaria** , con carteles, charla informativa y folletos en el Patronato de Deportes . • **Criterios de inclusión:** mamás y bebés hasta los 8 meses de vida. Los padres siempre pueden acompañar y participar en las sesiones • **Variable Sociodemográficas:** Edad, paridad, formación, actividad laboral, • **Para evaluar el programa,** el último día, se entregó a las madres un cuestionario de satisfacción, en una escala del 1 al 10, elaborado por la matrona. • **Recursos materiales:** Colchonetas, equipo de música. Entrega de dossier ilustrativo del masaje infantil. Las participantes aportan aceite de **masaje propio.** • **Programa educativo:** consta de 5 sesiones y se recomienda la asistencia a un mínimo de 4. Sus contenidos eran: El vínculo familiar, El tacto , técnica de masaje **Masaje infantil...** **RESULTADOS:** • **Han participado en el grupo piloto 8 madres y sus bebés,** durante el periodo comprendido entre el 17 de noviembre y el 22 de diciembre de 2011. • **Características del grupo:** edad : media 30 (26-33años), paridad 1001, actividad laboral: 100% trabajan fuera de casa aunque estaban en el periodo de baja maternal, formación académica: 60% estudios superiores y 40% universitarios (porcentajes de primaria, secundaria, formación profesional, universitarios...) • **Las madres han asistido a una media de 4- 5 sesiones** • **La participación de los papás solo ha sido puntual de algunas sesiones.** • **Evaluación del programa:** Los resultados globales fueron en la escala de 1-10: Satisfacción global: media 9 (intervalo 7-10) Utilidad para favorecer el vínculo familiar : media 10. **DISCUSION:** El perfil de las usuarias es mujeres con su primer hijo, con actividad laboral activa, y estudios universitarios y superiores. La evaluación positiva realizada por las participantes del grupo piloto sobre satisfacción y utilidad del programa nos indica que se cubren las expectativas de las nuevas madres y se favorece el vínculo familiar.



O-072.- CITOLOGÍA CERVICO VAGINAL. ALGO MÁS QUE EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER DE CERVIX.

DEL ARCO-RAMOS P*, SERRANO-GÓMEZ S, CARAVACA-BERENGUER MJ, GARCÍA-DENIA J, PARDO-MARTÍNEZ N, OSETE-BAÑOS S.

H.VIRGEN DE LA ARRIXACA.

RESUMEN.

La citología Cérvico-vaginal es la prueba de cribado de referencia para el diagnóstico precoz de cáncer de cérvix. Es realizada por la matrona en la mayoría de los casos, ocupando un alto porcentaje de tiempo en su agenda de trabajo. Por otro lado es el momento que gran cantidad de mujeres aprovechan para realizar preguntas, y donde se ponen de manifiesto una serie de problemas-patologías, que de otra forma pasarían desapercibidos. OBJETIVOS: Mostrar que la toma de la citología cérvico vaginal no es una técnica aislada, sino que también es el contexto donde las matronas resuelven multitud de dudas y detectan-solucionan gran cantidad de problemas. Fomentar la formación continuada para dar respuesta dentro de nuestras competencias, a lo que demanda de las mujeres. Dar a conocer cuales son las dudas y problemas que se presentan mas frecuentemente para poder realizar las actividades pertinentes Poner de manifiesto que es importantísimo registrar todas y cada una de nuestras actividades aunque se solapen unas con otras. METODO: Se trata de un estudio descriptivo, en el que hemos recogido datos de las citologías realizadas en cinco Centros de Salud durante 1 mes. RESULTADOS: En el 61,1 % de las citologías se ha realizado alguna consulta por parte de la mujer de formas espontanea. Los temas más consultados tienen que ver con: problemas ginecológicos (33.36%), anticoncepción (24,20%) y ETS (9,09%). DISCUSION: Con este trabajo se pretende poner de manifiesto la importante labor de educación sanitaria, de detección de problemas y de resolución de los mismos que realiza la matrona en el transcurso de algo aparentemente tan "sencillo" como es la toma de una citología.



O-073.- LACTAR DURANTE EL EMBARAZO Y EN TÁNDEM: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

ORENES-BELLIDO MA, PICÓN-CARMONA M, MARTÍN-MARTOS V, RUÍZ-CHUMILLA MA, GARRIDO-CARREÑO R, PAGÁN-MARÍN C.

H.U.V.ARRIXACA.

RESUMEN.

Sabemos que la creencia de que lactar durante el embarazo conlleva diversos riesgos está muy extendida, por tanto con esta revisión bibliográfica nos proponemos desterrar este falso mito a las gestantes y a los profesionales que trabajan con ellas y profundizar además en el tema de la lactancia en tándem. La lactancia materna durante el embarazo se produce cuando una mujer que lacta queda embarazada y continúa lactando. Si durante todo el embarazo no se produce el destete y al dar a luz al recién nacido se solapa la lactancia de ambos hijos es lo que se denomina lactancia en tándem. Según la bibliografía consultada, la lactancia durante el embarazo normal no produce abortos espontáneos, partos prematuros ni disminución del crecimiento fetal, sólo supone un gasto energético añadido en la madre. La lactancia en tándem provoca que el hermano mayor vuelva a enriquecerse del calostro o que se adapte mejor a la llegada del nuevo miembro a la familia entre otros numerosos beneficios que explicaremos en nuestro trabajo. Material y métodos. Usando el buscador DeCS para descriptores en Ciencias de la Salud hemos hecho una búsqueda en las bases de datos Pubmed/Medline, CINAHL, Índice Médico Español (IME), CUIDEN y CUIDENplus; hemos encontrado 7 artículos en revistas científicas (2 de ellos solicitados a la biblioteca virtual de murciasalud.es) y hemos revisado 3 libros relacionados con el tema. Las palabras clave utilizadas han sido: breast-feeding and pregnancy, overlap. Conclusiones. No existe evidencia científica de que la lactancia durante el embarazo o en tándem tenga contraindicaciones para la madre ni para los hermanos, sino más bien todo lo contrario. Es importante dotar de conocimientos suficientes a las mujeres para que elijan una opción de lactancia libremente y así evitar la ansiedad por el conflicto que dicha elección puede suponer. Para ello el primer paso será disponer de profesionales formados con conocimientos actualizados, a lo que pretendemos que nuestro trabajo contribuya. BIBLIOGRAFÍA Verd S, Moll J, Villalonga B. Miscarriage rate in pregnancy-breastfeeding overlap. *Contraception* 2008; 78(4): 348-9. Madarshahian F, Hassanabadi M. A comparative study of breastfeeding during pregnancy: impact on maternal and newborn outcomes. *Journal Nurs Res* 2012;20(1): 74-80. Merchant K, Martorell R, Hass J. Maternal and fetal responses to the stresses of lactation concurrent with pregnancy and of short recuperative intervals. *American Journal of Clinical Nutrition*.



1990, 52(2): 280-288. Marcos I, Torras E. Lactancia materna durante el embarazo y en tándem. Libro de actas, IV Congreso Español de Lactancia Materna, Tenerife; 2006. p.46. Marquis G.S, Penny ME, Zimmer JP, Díaz JM, Marin RM. An overlap of breastfeeding during late pregnancy is associated with subsequent changes in colostrums composition and morbidity rates among Peruvian infants and their mothers. The Journal of Nutrition. 2003, 133 (8): 2585-2591. Marquis GS, Penny ME, Zimmer JP, Díaz JM, Marin RM. Postpartum consequences of an overlap of breastfeeding and pregnancy: reduced breast milk intake and growth during early infancy. Pediatrics. 2002; 109(4): e56. Bohler E, Ingstad B. Child growth during weaning depends on whether mother is pregnant again. Journal of Tropical Pediatrics. 1996; 42: 104-9. LIBROS DE CONSULTA: Gonzalez C. Un regalo para toda la vida. Guía de la lactancia materna. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la Práctica. Madrid: Panamericana; 2008. p.339-344. Marcos I, Torras E. Lactancia materna durante el embarazo y en tándem. En: Aguayo Maldonado J. editor. La lactancia materna. Sevilla: U. Sevilla: 2001. p243-249.



O-076.- TOLERANCIA DEL IVE FARMACOLOGICO.

PROHIAS-RICART S, CALVO-CEBRIÁN C, CARDENAS-GODOY B, ALBILLOS-MINGORANCE B, LLAMAS-RUÍZ A.

ASSIR 8 DE MARZO.

RESUMEN.

Introducción: Desde noviembre del 2011 se ha implantado en nuestro territorio sanitario la posibilidad de acceder al Interrupción Voluntaria del Embarazo farmacológico (IVEF) en el ámbito de la Atención Primaria según la Instrucción 05/2010 del CatSalut que establece el protocolo del IVEF hasta los 49 días de embarazo. El circuito a seguir según protocolo consiste en: 1ª visita con matrona: información sobre IVE,y documentación según Ley orgánica 2/2010 3 de Marzo. 2ª visita con ginecólogo: administración MIFEPRISTONA y prescripción y entrega MISOPROSTOL con su correspondiente pauta de analgesia 3ª visita con matrona: a los quince días de la 2ª para confirmación fin de embarazo y consejo contraceptivo. OBJETIVO: Valoración de la experiencia y análisis del grado de aceptación de las mujeres que acceden al IVEF en el PASSIR (Barcelona). METODOS: Estudio descriptivo retrospectivo realizado durante 1 año (de noviembre de 2011 a octubre 2012)Realizamos un seguimiento de las mujeres que acuden a consulta con demanda de IVE, optan por el IVEF y acceden a participar en el estudio mediante registro y encuestas de cada una de las tres visitas de protocolo. RESULTADOS: Total número de mujeres que tienen registro correcto de las encuestas. Valoración de : - Grado de dolor (según escala EVN) - Sangrado (número de días y percepción de la mujer) - Demanda de consulta de urgencias - Calificación de la experiencia (según encuesta, de muy mala a muy buena) DISCUSION: Conclusiones respecto a la tolerancia del IVEF en fase de recogida de datos. Comparativa respecto a resultados obtenidos en otros trabajos realizados también a nivel de Atención Primaria sobre el tema.



O-077.- GUIA DE VALORACION BASICA EN OBSTETRICIA, MANUAL DE BOLSILLO.

FERNÁNDEZ-CABALLERO A*, RODRÍGUEZ-DÍAZ L, VÁZQUEZ-LARA J, BECERRA-GONZÁLEZ A, PRIETO-RIERA A.

HOSPITAL PUNTA DE EUROPA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: El presente trabajo tiene un doble objetivo, por un lado el facilitar los conceptos básicos en la exploración y valoración básica obstétrica a los Especialistas Internos Residentes en Obstetricia y Ginecología (Matronas) de una forma ordenada, clara y concisa de modo que su aprendizaje se realice de forma homogénea, ya que entre otros conocimientos, también le permitirá tener un tamaño real de las dilataciones cervicales en el proceso del parto. Por otro lado es un material que sirve a matronas en ejercicio para mantener los conocimientos adquiridos. METODO: Se ha realizado una búsqueda de material pedagógico y docente con las características antes expuestas en lengua castellana y no se ha obtenido resultados positivos. Si se han encontrado material similar al descrito en lengua inglesa. Partiendo de la elaboración de los aspectos fundamentales que deberían estar recogidos en el material a diseñar, se procedió a presentarlos de una forma amena y con dibujos explicativos que sean de fácil comprensión, así de esta forma se han ido completando todo el contenido y que entre otros consta de: exploración vaginal descripción, borramiento, consistencia, posición, dilatación, altura de la cabeza fetal, nomenclatura obstétrica y la evaluación correcta de un registro cardiotocográfico con los parámetros a tener en cuenta. RESULTADOS Y DISCUSION: Los resultados de la elaboración de este material docente y que es fundamentalmente practico no los podemos evaluar aun, pero si creemos que vamos a aportar un punto de referencia para homogeneizar un aspecto primordial de la profesión como es la valoración básica en obstetricia. Creemos que será un instrumento didáctico muy útil, de fácil manejo y de cómodo transporte.



O-078.- TERAPIA NEURAL.

AMORÓS AM*, VALL C, VÁZQUEZ G.

ASSIR DRETA.

RESUMEN.

Introducción: Terapia neural significa tratamiento mediante el Sistema Nervioso, especialmente el Vegetativo, que se halla presente mayoritariamente en la piel. La interacción entre mente, sistema nervioso e inmunitario, constituye el eje de nuestra capacidad de adaptación. El sistema nervioso es un integrador de los órganos y tejidos de nuestro cuerpo, una red de información que llega a todas las células a través de la matriz extracelular (sustancia básica), detectando cualquier disfunción. La TN busca la neutralización de las irritaciones que crean un campo de interferencia y afectan el tono neurovegetativo, desencadenan o catalizan la enfermedad. Estos campos de interferencia pueden ser neutralizados con la aplicación selectiva de un anestésico local diluido en microdosis. La aplicación de TN en cicatrices se viene realizando desde hace años con resultados sorprendentes. Las matronas trabajamos sobre cicatrices del parto: desgarros, episiotomías o cesáreas. Inyectando en epidermis, plano más superficial de la cicatriz donde hay más terminaciones nerviosas, unas pápulas de Procaína al 0,5% diluida en suero fisiológico en dosis totales de 0,5 ml. OBJETIVO: • **Disminuir el dolor de las cicatrices** que limitan la actividad y sexualidad de la mujer después de un parto o cesárea. • **Mejorar el bienestar de las puérperas** para facilitar una buena relación con su hijo y su pareja. METODO: Análisis de los casos realizados en el Centro de Salud, en el Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva. (PASSIR) Valoración de los cambios detectados en las cicatrices después de TN en variables como: dolor, coloración, relaciones sexuales.. CONCLUSIONES: después de los buenos resultados obtenidos, planteamos la posibilidad de realizar un prueba piloto multicéntrica y poder proponer la inclusión de esta terapia en los servicios ofrecidos a las mujeres en el PASSIR.



O-081 PREVENCIÓN DE LA TOS FERINA: GUÍA DE ACTUACIÓN DE LA MATRONA.

DOMÍNGUEZ-SIMÓN MJ*, GIL-IZQUIERDO F, GALINDO-MORENO I, CERVILLA-FERREIRO E, JIMÉNEZ-GALIANO AB, SEVILLANO-MANTAS M.

ATENCIÓN PRIMARIA.

RESUMEN.

La tos ferina es un importante problema de salud pública que afecta especialmente a la mujer gestante y recién nacidos y que es susceptible de prevención y control mediante la vacunación. El aumento en los últimos años de los casos, hace necesario poner en práctica la "estrategia de nido" (vacunaciones de los padres, abuelos, personal de guardería y sanitario que puedan actuar como fuente de infección de los lactantes pequeños), que ha demostrado ampliamente su eficacia. OBJETIVOS: Establecer una guía de actuación de la matrona en la prevención de la tos ferina en la mujer gestante y recién nacido. METODO: Tras una exhausta revisión bibliográfica, se han organizado los momentos e intervenciones que la matrona debería realizar para llevar a cabo una adecuada estrategia de nido para la prevención de la tos ferina en el recién nacido y la mujer gestante. RESULTADO: La matrona debería actuar en cuatro momentos claves: • La consulta preconcepcional: vacunación de la mujer y su pareja • La primera consulta de control de embarazo: Revisión del estado vacunal de la mujer y la pareja. Planificación de la administración de la vacuna. Información • La preparación al parto: Información de la estrategia de nido. • La visita puerperal: vacunación de la mujer y la pareja. Información DISCUSION: La matrona, como personal directamente implicado en la salud de la mujer y del recién nacido, es el profesional de elección para liderar la estrategia de nido. Tiene las herramientas y la oportunidad para poder actuar y llegar a una gran parte de la población diana. Es preciso realizar formación a las profesionales en este ámbito y sensibilizar del problema para poder ofrecer una adecuada atención.



O-082.- IMPORTANCIA DEL PAPEL DE LA MATRONA EN EL ÁREA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

ROLDÁN-VERGARA T, RUÍZ-FERNÁNDEZ MC, FERNÁNDEZ-DOMÍNGUEZ B, CANDAU-DE CÁCERES S.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCIO.

RESUMEN.

El OBJETIVO del presente trabajo es resaltar la importancia de la figura de la matrona en Planificación Familiar. Actualmente la atención en Planificación Familiar es realizada por enfermeras o médicos de familia, obviando que el profesional más cualificado y competente en éste área es la matrona. Con una actitud responsable y utilizando los medios disponibles, la matrona proporciona una atención integral a la salud sexual y reproductiva de la mujer tanto en la prevención como en la promoción y recuperación de la salud. Su solidez se reconoce tanto por la Organización Mundial de la Salud como por la Unión Europea, en la que se plantea como un profesional con competencias específicas y una formación armonizada en los Estados miembros, mediante las previsiones contenidas en la sección 6 del Capítulo III de la Directiva 2005/36/CE, de 7 de septiembre, del Parlamento Europeo y del Consejo. Entre otras, las competencias de la matrona son: -Participar y liderar programas de salud materno-infantil, atención a la mujer y de salud sexual y reproductiva. -Realizar educación para la salud a la mujer, familia y comunidad, identificando sus necesidades en relación a la salud materno-infantil, sexual, reproductiva y en el climaterio, mediante programas específicos. -Realizar consejo afectivo, sexual y reproductivo a la mujer, jóvenes y familia. -Promover una vivencia positiva y actitud responsable sobre la sexualidad y la anticoncepción. -Realizar promoción y prevención de la salud, colaborando en la asistencia y recuperación de la salud sexual, reproductiva y del climaterio. -Aplicar los principios del razonamiento clínico, detectando problemas y estableciendo planes de cuidados y actuación, realizando una adecuada evaluación en las diferentes situaciones clínicas en su ámbito de actuación. -Establecer una comunicación efectiva con la mujer, familia y comunidad, así como con los equipos de salud. -Asesorar sobre la legislación vigente en protección de los derechos de la mujer. -Gestionar óptimamente los recursos existentes en su ámbito de la atención. Asimismo, la matrona como enfermera especialista, tanto en su formación como en su labor diaria, adquiere y desarrolla habilidades de comunicación, alzándose como los profesionales de salud más asertivos y empáticos del sistema de salud. Esto otorga la posibilidad de acceder a todos los niveles socio-culturales, convirtiéndose en un referente de salud para su comunidad.

RESULTADOS: Pendiente de finalización.



O-083.- SATISFACCIÓN MATERNA DEL ENSAYO CLÍNICO EFICACIA DE LA POSTURA MATERNA EN PARTOS CON MALPOSICIÓN FETAL OCCIPITOPOSTERIOR.

MOLINA-REYES CY, MUÑOZ-MARTÍNEZ AL, MARTÍNEZ-GARCÍA E, BERRAL-GUTIÉRREZ MA, CASTELLANO-IBAÑEZ FD, COBOS-RUÍZ FM.

HOSPITAL DE BAZA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Comparar la satisfacción materna de las mujeres participantes en el ensayo clínico, valorando los factores más influyentes. **METODO:** Ensayo clínico multicéntrico donde 47 gestantes con malposición fetal occipitoposterior durante el parto adoptaron la postura decúbito lateral (grupo DL) y 38 mujeres la postura manos-rodillas (grupo MR), de enero 2010 a junio 2011. Medición de la satisfacción materna con la escala COMFORT adaptada al español y modificada para este estudio. Análisis de satisfacción en relación a los grupos de estudio, edad materna, paridad, analgesia epidural, terminación del parto, lesiones perineales y test de Apgar al min. **RESULTADOS:** La edad media fue de 29,66 años, 64.7% primíparas y 58.9% con administración de analgesia epidural. Terminaron en parto eutócico el 69.4%, 24.7% en instrumental y 5.9% en cesárea. El 85.9% de los recién nacidos tuvieron un test de Apgar al minuto mayor de 8. Para un intervalo de confianza del 95% (significación estadística de $p < 0.05$), no existen diferencias de satisfacción entre los **grupos de intervención ($p=0.478$)**, con 27 mujeres (71.1%) "muy satisfechas" del grupo MR vs. 32 (68.1%) del grupo DL. La **satisfacción con la "vivencia personal del parto" fue mayor en el grupo MR (muy satisfechas 76.3% vs. 46.8%) ($p=0.029$)**. La "edad materna", "paridad" y "administración de analgesia epidural" no influyen. La terminación en parto instrumental o cesárea reducen la **satisfacción materna con el "número de personas presentes en el parto" ($p=0.005$)**, "resultado final del parto" ($p=0.013$), "molestias del periné o cesárea" ($p=0.008$). Las mujeres se mostraron muy satisfechas con la integridad de su periné (92.3%) frente a "realización de episiotomía" (46%) ($p=0.023$). Con test de Apgar al min de 10, el 100% se mostraron "muy satisfechas" frente al 33.3% cuando fue menor de 8, no siendo estadísticamente significativo ($p=0.150$). **DISCUSION:** El tipo de terminación del parto y la integridad del periné son las variables más influyentes en la satisfacción materna. No obstante, en ambos grupos de estudio, hay un elevado porcentaje de mujeres muy satisfechas con su experiencia del parto, posiblemente favorecida por su participación activa, adoptando la postura asignada para favorecer la buena evolución del mismo, gracias a la información y los cuidados aportados por la matrona que las atendía.



O-084.- ¿MERECE LA PENA EL USO DE OXIDO NITROSO?.

DE LA FUENTE-PEDROSA ER*, SÁNCHEZ-BARROSO MT, SEGURA-GARCÍA MH, SÁNCHEZ-FERNÁNDEZ M, GREGORIO-ÁLVAREZ, RUÍZ-MARTÍNEZ E.

LA INMACULADA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Valorar el uso de oxido nitroso en nuestro hospital tanto en el aspecto clínico como el económico. METODOS: Estudio retrospectivo estadístico y prospectivo encuesta cerrada de satisfacción RESULTADOS: El uso de oxido nitroso como analgésico durante el parto en nuestro hospital ya se ha convertido en un procedimiento rutinario, 26,81% de las mujeres lo utilizaron en 2011 y es necesario cuantificar el éxito del procedimiento, no solo a nivel clínico sino también económico. La primera dificultad viene a la hora de medir el gasto de oxido nitroso por mujer. Existen diversas variables que pueden modificar dicho gasto, como son, la capacidad pulmonar, el control sobre las contracciones del parto, el tiempo de dilatación, etc.... **No obstante se puede hacer una división aritmética entre las botellas consumidas y el número de intervenciones, aunque esto no refleja la realidad en su totalidad ya que el oxido nitroso también se utiliza en otro tipo de intervenciones como revisiones ginecológicas, sutura, etc.... que no son cuantificadas. Esta división nos muestra que una botella es usada por 2,85 mujeres lo que supone un gasto de 67 € por mujer, teniendo la epidural un coste de 44€. A estos costes directos hay que sumar el coste del material fungible, válvula a demanda, mascarillas y pipetas en el caso del oxido nitroso y bombas de perfusión, esfigmomanómetro, pulsioxímetro, etc. en el caso de la epidural. Mas importante parecen ser los gastos asociados a la intervención, en el grupo que utilizo oxido nitroso solo, el numero de paros instrumentales (4.97%) y cesáreas (2.76%) fue considerablemente menor que en el grupo que utilizo además epidural PI (12.5%) y Cs (7.81%). Si tenemos en cuenta los costes derivados de dichas intervenciones el uso de oxido nitroso abarata con mucho el gasto sanitario. DISCUSION: De este modo, cuanto mejor elección se haga del analgésico en función del parto que se presente, y menores sean sus efectos no deseados, los gastos asociados a la intervención disminuirán de forma notable para el hospital. El oxido nitroso debe ser uno de los métodos de elección en el parto. Debido al alto grado de satisfacción materno y la falta de efectos adversos considerables. Al disminuir el uso de otras formas de analgesia incrementa la seguridad materna y neonatal y reduce de manera clara el coste sanitario tanto en el parto como en el posparto.**



O-085.- UTILIZACION DEL AGUA COMO ALTERNATIVA EN LA PREPARACION AL PARTO: VÍDEO.

SERRANO-RAYA L.

CENTRO DE SALUD DE BÉTERA.

RESUMEN.

El embarazo es un periodo fisiológico y transitorio durante el cual, y más que nunca, la mujer debe cuidar no sólo su aspecto externo y su salud, sino también sus condiciones físicas, sobre todo porque al final su cuerpo se verá sometido a un notable esfuerzo frente al cual conviene estar lo mejor preparada posible. La preparación al parto permite ponerse a punto para el PARTO, y para ello la mujer debe –Conocer el proceso –Vencer el temor al parto –Adquirir la forma física adecuada para el proceso. Para adquirir la forma adecuada, se puede recurrir a la preparación al parto en el agua (PPA), como alternativa frente a los clásicos ejercicios de preparación al parto en tierra (PPT). OBJETIVOS: 1-Trabajo corporal global, al identificar y trabajar todos los grupos musculares 2-Tratamiento muscular sin sobrecarga de las articulaciones, debido a la ingravidez 3-Aumentar la capacidad respiratoria favoreciendo el mejor control de los tiempos respiratorios, al trabajar contrarresistencia 4-Favorecer el descenso del bebé en el canal del parto al permitir hacer pujos dirigidos sin sentir el peso del cuerpo, debido a la flotabilidad 5-Favorecer la relajación de la musculatura, por acción de la temperatura del agua 6-Fomentar la relación materno-filial, al encontrarse la madre en un medio similar al del bebé, y asociar emociones y sensaciones parecidas 7-Aprovechar el aspecto lúdico y divertido del agua como medio de trabajo. METODOS: Realización de sesión semanal con las gestantes en piscina climatizada desde la semana de gestación 24. Temporalización: 1.-5 Minutos de calentamiento en piscina grande 2.-45 Minutos de sesión en piscina pequeña con trabajo de distintas partes del cuerpo -MMII -Dorsal -MMSS y pectorales -Pelvis y posición ginecológica -Respiratorio -Pujos -Relajación. RESULTADOS: La gestante y su pareja, al finalizar las sesiones aseguran: -Conocer mejor la fisiología del proceso del parto y su desarrollo -Conocer su cuerpo y aprender a controlarlo -Conocer los ritmos respiratorios y los tiempos en el parto -Haber mejorado su elasticidad, su flexibilidad y su capacidad respiratoria -Haber aumentado la conexión y el vínculo materno-fetal. DISCUSION: El uso del agua como medio para la realización de la PPA -Favorece la vinculación de la madre con su gestación -Permite una mayor capacidad respiratoria -Ayuda a una mejor preparación física de la gestante al parto.



O-086.- FITNESS ACUÁTICO ADAPTADO AL EMBARAZO: EL FUTURO DE LA PREPARACIÓN FÍSICA AL PARTO.

FERNÁNDEZ J, FERNÁNDEZ M.

HGU GREGORIO MARAÑÓN.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Determinar los beneficios del trabajo en tierra con embarazadas, en la preparación física al parto. Determinar los beneficios del trabajo en el agua con embarazadas, en la preparación física al parto. Comparar los beneficios del trabajo en ambos medios. MATERIAL Y METODOS: Revisión sistemática de los artículos publicados relacionados con el deporte y el embarazo, especialmente aquellos textos que analizan el trabajo en el agua con embarazadas. RESULTADOS: En la gestante, la práctica adecuada de la actividad física conlleva múltiples beneficios; numerosos estudios han demostrado los efectos beneficiosos que tiene sobre su hemoglobina, tensión arterial, ganancia ponderal, niveles glucémicos en sangre maternos etc... El medio acuático es una de las alternativas con las que cuenta las embarazadas para realizar actividad física, y presenta múltiples **ventajas frente al medio terrestre. No es exclusivamente el "ir a nadar". El fitness acuático adaptado al embarazo, nos permite gran variedad de trabajo, con alta efectividad en los puntos sobre los que se articula cualquier programa pensado para preparar adecuadamente a las gestantes (Estabilidad pélvico raquídea, respiración, mejora de la flexibilidad, del tono muscular y capacidad aeróbica y del sistema cardiovascular). La flotación y la presión hidrostática ejercida sobre el cuerpo de la gestante, producen una importante descarga articular, muscular y mejora del retorno venoso incluso en posición vertical; muy interesante en gestantes, ya que las articulaciones, sobre todo columna vertebral, están sobrecargadas. Permite modificar la intensidad del movimiento con mínimos cambios (posición de las manos, longitud de las palancas etc... y trabaja los músculos agonistas y antagonistas que intervienen en un movimiento, evitando descompensaciones musculares. Permite gran variedad de cambio de posiciones, estimulando al feto con ello, de supino a prono, a bipedestación... con fluidez, sin impacto y menor riesgo de caídas. Además es confortable, ya que la gestante puede hacer un trabajo importante con comodidad y sin sensación de sudar, pero eliminando el exceso de calor de manera adecuada. También permite en supino, aislar a la gestante del ruido de su alrededor, produciendo una agradable sensación y conexión de mente-cuerpo. Discusión: Teniendo en cuenta todo lo publicado al respecto, se debería considerar el Fitness Acuático como medio especialmente indicado en la preparación física al parto.**



O-087.- DE AGUA DESTILADA EN MUJERES EN FASE PRODRÓMICA: ESTUDIO CUALITATIVO.

HERNÁNDEZ-SÁNCHEZ E*, MÍNGUEZ-ANDREU G, CAMACHO-ÁVILA M, CAMPOS-MARTÍNEZ A.

HOSPITAL DE TORREVIEJA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Analizar la experiencia de diferentes mujeres que reciben inyecciones subcutáneas de agua destilada en el rombo de Michaelis, como tratamiento para aliviar el dolor de la fase prodrómica del parto. Comprobar las ventajas de este método y animar a las matronas a practicar esta técnica en las mujeres que así lo deseen. **MÉTODOS:** En este estudio se ha utilizado, como principal metodología cualitativa, la entrevista con preguntas abiertas para la recogida de datos y el análisis interpretativo para describir la experiencia de las diferentes mujeres estudiadas. **RESULTADOS:** La descodificación de la información recogida nos muestra la satisfacción general de las mujeres que han recibido las inyecciones de agua destilada. Se ha podido comprobar que es una técnica y método analgésico rápido, eficaz, fácil, posible de administrar por las matronas y sin efectos secundarios, que puede ser útil para evitar una epidural y aliviar el dolor en la fase prodrómica del parto. **DISCUSIÓN:** Debemos tener en cuenta la necesidad de un mayor número de estudios, con una mayor muestra, que pueda afianzar los resultados obtenidos.



O-088.- PROYECTO DE IMPLANTACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS INTRAPARTO: MEDIOS AUDIOVISUALES DIRIGIDOS A LA GESTANTE.

LOSADA FJ*, LOJO C, FONT S, BENITO I, SOLANS R, ARRANZ A.

HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA - SEDE MATERNITAT.

RESUMEN.

•**OBJETIVOS:** oMejorar la experiencia intraparto de las gestantes. oPotenciar la autonomía de la mujer en la toma de decisiones intraparto. oOfrecer técnicas dirigidas al alivio del dolor y el aumento del confort. •**MÉTODOS:** oRealización de videos por el personal de la unidad de obstetricia (obstetras, matronas y enfermeras) con el propósito de informar a la gestante y acompañante de diferentes técnicas y programas que ofrece el Hospital en su cartera de servicios. Estos videos son ofrecidos a las gestantes mediante soporte electrónico para su visualización en pantallas LCD como complemento a la atención del personal de sala de partos. oLos videos son los siguientes: □Bienvenida y presentación por el Jefe del Servicio de Obstetricia. Se incluye las normas de la sala de partos. □Esferodinamia y masaje: técnicas orientadas al alivio del dolor, aumento del confort y colaboración con la pareja/acompañante. □Técnicas de relajación: diferentes abordajes para aumentar el nivel de bienestar y confianza, incluyendo la técnica de relajación dinámica de Caycedo y el entrenamiento autógeno de Schultz. □Óxido nitroso intraparto como recurso analgésico: introducción y modo de empleo. □Donación de sangre de cordón umbilical: propósito y técnica de recogida. □"Parto hospital-comadrona en casa": abordaje del alta precoz, requisitos y prestaciones. •**RESULTADOS:** oValoración del grado de satisfacción de las mujeres mediante un cuestionario de satisfacción. •**DISCUSION:** oEn el ámbito de la obstetricia, las nuevas tecnologías han aportado diversas herramientas de incalculable valor clínico, como los ecógrafos y los monitores de registro cardiotocográfico. El propósito de este proyecto es utilizar los medios audiovisuales como un nuevo recurso en las salas de parto a disposición de las gestantes, orientando su utilización hacia el empoderamiento de la mujer como parte activa en el proceso de parto.



O-089.- ACOMPAÑAMIENTO EN EL NACIMIENTO.

GARCÍA-LÓPEZ L, GARCÍA-VICUÑA M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SANT JOAN DE DÉU.

RESUMEN.

OBJETIVOS: El objetivo principal de esta comunicación es dar a conocer nuestra experiencia del acompañamiento al nacimiento durante todo el proceso de parto, sea cual sea el tipo de parto que va a resultar. Debido a la demanda social y a una profunda reflexión de los profesionales que trabajamos en sala de partos, nos hemos dado cuenta de que hay que hacer un cambio del parto medicalizado y absolutamente intervencionista, a un parto humanizado, donde las mujeres sean conscientes de la situación y donde la toma de decisiones sea compartida. En nuestro centro, para conseguir este objetivo, hemos puesto en marcha dos programas. El primero, Hospital Abierto a la Familia. El hospital permanece abierto 24 horas a la familia para que las mujeres, siempre que quieran, puedan recibir visitas, tanto en hospitalización como en la Unidad de Curas Intensivas Neonatales. El segundo, El programa MARE, que aboga por un parto humanizado y promueve el parto natural en el medio hospitalario de alta tecnificación. El objetivo principal de este programa es que el parto de bajo riesgo sea tan fisiológico como se pueda y se eviten intervenciones innecesarias y se permita a la gestante y su pareja/acompañante participar en la toma de decisiones del mayor número de aspectos posibles, según sus necesidades y preferencias y con el asesoramiento del equipo de profesionales. Siguiendo estas líneas, abogamos por el acompañamiento a la gestante en todas las fases del parto, sean cuales sean las características del mismo. Así pues, las mujeres están acompañadas por quien ellas eligen, no sólo en urgencias y en los partos normales, sino también durante la técnica de la anestesia peridural, los partos instrumentados y las cesáreas. **METODO:** La presentación se realizará en formato vídeo explicativo del proceso de acompañamiento, incluidas entrevistas a los usuarios, donde expresan su experiencia y sentimientos relativos al acompañamiento. **RESULTADOS Y DISCUSION:** Creemos que el acompañamiento no sólo durante el proceso de parto, si no también cuando es necesaria la tocúrgia, proporciona tranquilidad y seguridad a la gestante, y favorece el vínculo entre madre/padre y el recién nacido.



O-091.- EXAMINANDO EL POTENCIAL DE LA ABUELA PARA INFLUIR EN LAS DECISIONES DE LA MADRE SOBRE LACTANCIA MATERNA.

ÓRPEZ-MARTÍNEZ M, ÓRPEZ-MARTÍNEZ MM.

AGENCIA PÚBLICA EMPRESARIAL SANITARIA COSTA DEL SOL.

RESUMEN.

Introducción: Por nuestra profesión vemos en el día a día que las abuelas son una fuente de apoyo importante para las nuevas madres. Sus experiencias en cuanto la alimentación del lactante y sus conocimientos pueden ser una fuente potencial e influenciar en las decisiones de las madres sobre el inicio y mantenimiento de la lactancia materna. OBJETIVOS: Actualización en conocimientos sobre la influencia potencial de la abuela en la madre en cuanto al inicio y mantenimiento de la lactancia materna. METODO: Revisión bibliográfica sistemática de artículos científicos publicados en las Bases de Datos sobre Salud: CINAHL, CUIDEN, DOCUMED, EMBASE, ERIC, IBECs, IME, LILACS, MEDLINE, PubMed, SciELO y Cochrane. Criterios de búsqueda: palabras clave "lactancia materna", "abuela" e "influencia" tanto en castellano como en inglés seleccionando los publicados en los últimos 10 años. RESULTADOS: 43 artículos seleccionando 13 siendo los de mayor interés. Resultados: El abandono de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses se asoció significativamente con que las abuelas maternas y/o paternas aconsejaban la introducción de otro alimento distinto a la lactancia materna. No todos los días en contacto con la abuela materna y/o paterna fueron factores protectores para el mantenimiento de la lactancia materna hasta los seis meses. DISCUSION: Las abuelas pueden tener una influencia negativa sobre la lactancia materna, tanto en su duración y su exclusividad. Esta información podría ser útil en la planificación de estrategias para la promoción de la lactancia materna. La educación sobre alimentación infantil y lactancia materna tanto a las abuelas como a las madres ha demostrado ser una medida eficaz para retrasar la introducción de cualquier otro alimento distinto a la lactancia materna antes de los 6 meses de vida.



O-092.- LA MATRONA EN EL ABORDAJE DE LOS ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL PUERPERIO.

PALOMO-GÓMEZ R, FERNÁNDEZ-ORDÓÑEZ E, SÁNCHEZ-RUIZ P.

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO CARLOS HAYA.

RESUMEN.

1. OBJETIVOS Generales: Valorar los aspectos psicosociales que afectan a la mujer durante el puerperio Específicos: Explorar las necesidades en el ámbito psicoafectivo de la mujer durante el puerperio. Orientar las intervenciones de la matrona que pueden contribuir a una mejor vivencia de esta etapa para la puérpera. 2. METODO: Revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed y CINAHL. 3. RESULTADOS: Debe considerarse como post-parto todo el período que la madre necesita para recuperar la condición que tenía antes de embarazarse. Este período es variable y puede durar incluso más de un año si la lactancia es prolongada. Durante toda esta etapa la madre requiere cuidados especiales, y apoyo de los profesionales de salud. Por otra parte, sabemos que el bebé es más vulnerable a las carencias afectivas en los dos primeros meses de vida, por lo que también requiere atención especial. Desde la perspectiva psicosocial, el post-parto es una experiencia difícil para las mujeres por las demandas del bebé, el deseo de cumplir con las funciones maternas de la mejor manera posible y por la inseguridad que las mujeres tienen con frecuencia acerca de la manera en que deben cumplir estas funciones maternas. La mujer vive un período difícil ya que experimenta cambios anatómicos, fisiológicos, en la relación con la pareja y con la familia y, en general, en la forma en que se desarrolla la vida diaria. La vida de una mujer jamás vuelve a ser la misma después de haber tenido un bebé y al hacerse cargo de las responsabilidades que eso significa. En general, se producen cambios importantes en el plano emocional y cambios en los intereses y prioridades a corto y largo plazo. En algunos casos, las mujeres experimentan diversos grados de alteraciones psíquicas que pueden llegar a constituir un cuadro serio, como la depresión post-parto que requiere detección oportuna y manejo adecuado. 4. DISCUSION: Consideramos actividades a realizar: -Poner en conocimiento de la embarazada las múltiples demandas del bebé - Informar de los posibles problemas que puede ocasionar la lactancia -Favorecer la expresión de los temores, conflictos y dudas de la mujer -Implicar a la pareja en los cuidados el bebé y responsabilidades del nuevo hogar -Animar a aceptar y solicitar ayuda de la pareja y familiares -Promover la priorización y delegación de tareas -Prevenir sobre las eventuales dificultades que puede producir la reanudación de la vida sexual -Informar de la existencia de grupos de apoyo.



O-093.- DESGARRO PERINEAL VS EPISIOTOMÍA. RESULTADOS EN 4 RESIDENTES DE MATRONA.

CARAVACA-BERENGUER MJ, PARDO-MARTÍNEZ N, SERRANO-GÓMEZ SM, OSETE-BAÑOS S, GARCÍA-MIGUEL R, DEL ARCO-RAMOS P.

RESUMEN.

OBJETIVOS: 1. Valorar las diferencias interprofesionales en la atención al expulsivo. 2. Observar la eficacia del uso de una buena técnica de protección perineal frente a la práctica de episiotomía. 3. Mejorar la formación en protección perineal en matronas. **METODO:** Se realizaron búsquedas bibliográficas en diferentes buscadores científicos. Medimos los resultados en atención a todos los expulsivos de 4 residentes de matrona a lo largo de sus 2 años de formación. Como resultado obtuvimos una serie de 357 partos eutócicos que cumplieron los criterios de inclusión. Se utilizó SPSS para el análisis de datos. **RESULTADOS:** No se encontró diferencias estadísticamente significativas (DES) entre afectación perineal y profesional aunque sí relación clínica que podría ser DES si ampliáramos la muestra (mayor nº de profesionales). En comparaciones por pares sí encontramos DES. Se obtuvieron DES entre episiotomía y primiparidad (p-valor menor de 0.0001) realizándose episiotomía al 31,3% de multíparas frente al 68,7% de primíparas. Se hizo episiotomía al 43,3% de las mujeres con edad menor o igual a 30 años frente al 56,7% de las mayores de 30. Encontramos DES con p-valor igual a 0,017. La integridad muscular en multíparas fue de 67,4% frente al 32,6% en primíparas con p-valor menor de 0,05. **DISCUSION:** Valoramos con respecto a los resultados obtenidos, que la formación en el control del expulsivo, protección perinés y manejo de expulsivo que estos cuatro residentes recibieron durante su periodo formativo cumple con los objetivos marcados por la OMS de reducir entre a entre un 20 y un 10% los porcentajes de episiotomías que se realizan en nuestros hospitales, a la vez que se consiguen buenos resultados en integridad perineal.



O-094.- MEJORANDO LA ATENCIÓN DE LA MATRONA: MASAJE PERINEAL Y COMPRESAS CALIENTES EN EL EXPULSIVO.

FERNÁNDEZ-ZARATE M*, BUENO-MONTERO E, FERNÁNDEZ-CABALLERO A.

HOSPITAL PUNTA EUROPA.

RESUMEN.

OBJETIVO: Dar a conocer las ventajas de la aplicación de compresas calientes en periné durante el expulsivo y la aplicación del masaje perineal(Mp) prenatal desde la 32-34 semana de gestación. - Describir el papel de la matrona y como mejorar la calidad de sus cuidados durante el expulsivo **MÉTODOS:** Búsqueda bibliográfica (pubmed, uptodate, cochrane, medline, scielo, asociación española de fisioterapeutas, sociedad española de fisioterapia en pelviperineología, Sociedad española de ginecología y obstetricia, revistas científicas publicadas y monografías). La búsqueda se ha realizado entre los años 1990 al 2012 seleccionando todos los estudios hallados sobre el tema, publicaciones en revistas científicas, trabajos de investigación realizados, monografías, Exposiciones en congresos nacionales e internacionales. En el idioma español e inglés. **RESULTADOS:** Se utilizan diferentes técnicas e intervenciones perineales para prevenir el traumatismo perineal. Estas intervenciones incluyen masaje perineal, compresas calientes y técnicas de tratamiento perineal. A menudo los partos vaginales se relacionan con algún tipo de traumatismo del aparato genital, lo cual se asocia con problemas significativos para la mujer a corto y a largo plazo. Las mujeres quieren parir sin desgarros perineales ni episiotomías por el dolor y malestar que provocan. Numerosos estudios demuestran la eficacia del Mp y la aplicación de compresas calientes en periné para la prevención de desgarros durante el parto, protección del suelo pélvico, y disminución de incontinencias urinarias postparto. Evidencia científica: 1.Garretty y Kim et al. (1990 y 1993) afirman que el Mp aumenta la elasticidad del periné 2.Shipman et al. (1996). Estudio aleatorio controlado en una muestra multirracial de 682 mujeres nulíparas, con aplicación de MP 3-4 veces por semana durante 4 min., desde la 32-34 semanas de gestación, resultados: Se disminuyeron un 6,1% los desgarros perineales de II y III grado y de episiotomías y un 6,3% los partos instrumentales. 3.Gomme C, Sheridan M y Bewley S. (2004) publican que el Mp I reduce el trauma perineal en un 6% según los resultados de una auditoria realizada en la unidad de maternidad de Guy´s &St. Thomas NHS trust(Londres)4.Revisión Cochrane: Ocho estudios que incluyeron 11651 mujeres. Hubo un efecto significativo de las compresas calientes en la reducción de los desgarros de tercer y cuarto grado. También hubo un efecto significativo que favoreció al masaje perineal versus ninguna intervención ("manos fuera") para reducir los desgarros de tercer y cuarto grado. **DISCUSION:** Las matronas somos el



personal cualificado y mejor preparado para orientar y/o aconsejar a la gestante sobre su embarazo y cuidados, es una misión fundamental de la matrona dar una educación sanitaria óptima y de calidad y actuar siguiendo la evidencia científica, la aplicación de compresas calientes durante expulsivo y el Mp poseen una evidencia confirmada, es por ello que se debe de promover el uso de compresas calientes en los paritorios y adiestrar a la mujer sobre la técnica de Mp, ya que no tienen consecuencias negativas y poseen muchos efectos positivos para la embarazada.



O-095.- ¿INFLUYE LA POSICIÓN DURANTE EL EXPULSIVO EN LA LESIÓN PERINEAL?.

MARGAIX-FONTESTAD L¹, ARRIERO-HURTADO B², IÑIGUEZ-HERNÁNDEZ C^{1, 3}.

¹ UNIVERSIDAD DE VALENCIA. ² HOSPITAL DE LA PLANA. VILA REAL. ³ CENTRE SUPERIOR D' INVESTIGACIÓ EN SALUT PÚBLICA - CSISP. VALENCIA.

FACULTAT D'INFERMERIA I PODOLOGIA. UNIVERSITAT DE VALÈNCIA.

RESUMEN.

OBJETIVO: Identificar las posiciones durante el expulsivo menos lesivas para el periné.

METODO: Estudio retrospectivo descriptivo de las mujeres atendidas en nuestro hospital con parto vaginal eutócico y que dieron a luz durante el periodo comprendido entre enero 2010 y octubre 2011. Variables de estudio: paridad, parto, posición episiotomía, desgarro, grado. Datos recogidos de la historia clínica. Análisis estadístico con IBM SPSS Statistics 19. RESULTADOS: Se analizaron 2211 mujeres que parieron de forma eutócica durante el periodo de estudio. A un 10.5% (233) se les practicó episiotomía, siendo del 18.4% (183) en primíparas y del 5.4% (47) en secundíparas. Las posiciones elegidas para el parto fueron: 57.8% (1277) en la cama, 27.9% (616) en litotomía, 6.4% (141) en vertical, 6.1% (135) en lateral, 1.4% (32) en cuadrupedia y 0.5% (10) en el agua. La posición influyó significativamente en la práctica de la episiotomía, que fue más frecuente en mujeres que parieron en litotomía, con el 57.5% (134) del total de episiotomías realizadas y en cama, 38.2% (89), que en el resto de posiciones, con una $p < 0.001$. De las mujeres que no tuvieron episiotomía, un 26.1% (514) tuvo un periné íntegro, un 51.8% (754) tuvo un desgarro de grado I, 46.7% (680) de grado II y 1.4 (21) de grado III. La posición en el expulsivo influyó significativamente en el resultado perineal, con una $p < 0.001$, siendo la más favorable la lateral, con un 48.1% (62) de desgarros de grado I y un 31% de perinés íntegros (40), seguida de la cama, con un 39% (462) de grado I y 29% (343) de íntegros. La más lesiva fue la cuadrupedia, con 46.9% (15) de lesiones de grado II. La posición de litotomía tuvo un mayor incidencia de desgarros de grado II con 42.5% (203), seguida de grado I con 36.8% (176) y un 1.3% (6) de grado III. La posición vertical tuvo la mayor incidencia de desgarros de grado III, con 5.9% (8) casos. DISCUSION: La posición durante el expulsivo influye en el resultado perineal, siendo la menos lesiva la lateral. La matrona debería alentar a la mujer a que adopte la posición que le sea más cómoda informándola de las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas.



O-096.- ACTUACIONES DE MATRONA ANTE UNA POSICIÓN POSTERIOR INTRAPARTO.

GILART-CANTIZANO P, CUTILLA-MUÑOZ AM, RODRÍGUEZ-VILLA S.

HOSPITAL JEREZ DE LA FRONTERA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: •Aumentar la incidencia de partos eutócicos en presentaciones de vértice y posiciones occipitoposteriores. •Validar a la matrona como el profesional de elección para diagnosticar y tratar dicha situación anómala. •Analizar métodos para diagnosticar precozmente esta malposición. •Describir actuaciones para favorecer la rotación a occipitoanterior o para conseguir el máximo descenso y/o expulsión fetal en occipitosacras persistentes. •Procurar el mayor confort posible mediante cuidados dirigidos a reducir el dolor lumbar materno. **MATERIAL Y METODO:** Se ha efectuado una revisión bibliográfica de algunas de las bases de datos más relevantes, en español(Revisiones Cochrane,Cuiden Plus,Scielo) y en inglés(Pubmed y Cinhal).Se han revisado protocolos(SEGO) y guías de práctica clínica. **RESULTADOS:** Tradicionalmente, en Obstetricia se han minusvalorado problemas derivados de las anomalías en la posición fetal que pueden conllevar consecuencias de gran impacto tanto en el parto como en la vida posterior de la madre y del recién nacido. Las presentaciones sacras se encuentran en un 15-40% de los casos en el inicio del parto rotando espontáneamente, hasta quedar un 1,8-6% de presentaciones occipitoposteriores persistentes. En nuestros resultados expondremos las actuaciones que como matronas estamos capacitadas de realizar en dichos casos y así mejorar la calidad de nuestros cuidados y favorecer el parto vía vaginal. **CONCLUSIONES:** •La presión asistencial y las rutinas hospitalarias favorecen la persistencia de las posiciones posteriores, su finalización en partos instrumentados o cesáreas y la aparición de efectos nocivos. •Es necesario prestar una cuidadosa atención para revertir la malposición, teniendo en cuenta factores predisponentes, diagnosticando precozmente el problema y empleando medidas correctoras. •Las matronas somos el personal apropiado para aplicar dichas medidas eficientes, no lesivas y con los mejores resultados maternos y fetales. •Dada la incidencia de posiciones occipitoposteriores, el impacto de sus consecuencias para la vida posterior de la madre y el neonato, y la escasez de estudios que muestra la revisión realizada, se hace necesario abrir una nueva línea de investigación que nos aporte la mejor evidencia científica. Para ello se proyecta iniciar un estudio de investigación en nuestra área de salud con el que podamos evaluar los resultados obtenidos tras la aplicación de los cuidados y actuaciones descritas anteriormente.



O-097.- PROPUESTA DE PROTOCOLO DE ALTA HOSPITALARIA A LA PUÉRPERA EN EL PARTO DE BAJO RIESGO.

PALOMINO-SALVADOR PA*, LÓPEZ-MARÍN R, FRUTOS-MOLINA D, GÓNGORA-JIMÉNEZ MV.
HOSPITAL RAFAEL MENDEZ.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Generales •Incrementar la calidad de los cuidados al alta del parto normal de la puérpera y el neonato •Garantizar la continuidad de la asistencia al alta de la puérpera y el neonato **Específicos** •Disminuir la incidencia de complicaciones en la puérpera y el recién nacido •Incrementar el autocuidado de la puérpera y cuidados del neonato al alta •Aumentar la confianza de la mujer al ser atendida por un mismo profesional durante todo el proceso. **METODO:** Realización de un protocolo de alta hospitalaria a la puérpera en el parto normal llevado a cabo por el matrn. Revisión bibliogrfica en bases de datos (IME, Cochrane, Cuiden, PubMed), guas de realizacin de protocolos, legislacin vigente, recomendaciones de sociedades cientficas y bibliografa de gestin hospitalaria. **RESULTADOS:** En la revisin de legislacin referente al tema, objetivamos (Orden Ministerial 6 sep, 1984 reguladora Informe Alta y Ley 41/2002 reguladora Autonomía Paciente, Derechos y Obligaciones) la necesidad de delegacin al matrn por parte del mdico para poder acometer esta actuacin. El marco competencial de la matronera reflejado en el RD 1837/2008 seala como referente al matrn en la educacin para la salud en este mbito, siendo el responsable directo de la educacin que recibe la madre al alta; existiendo una importante necesidad percibida de dicha educacin por parte de las mujeres (Ponce, M.). As, diversos estudios avalan que el matrn satisface de manera idnea el apoyo profesional que la puérpera requiere (Escuriet, P.). Ahluwalia et al. consideran determinante el soporte en lactancia materna durante el puerperio inmediato. El alta emitida por el gineclogo es ms costosa en trminos econmicos vs la que puede efectuar el matrn, ofreciendo adem s ventajas a dicho acto clnico. **DISCUSION:** El matrn es el profesional idneo para el seguimiento del embarazo, parto y puerperio. La emisin del IAH en el parto normal de forma autnoma, presta mayor control de la continuidad de la asistencia a la mujer, aumentando la calidad del proceso y el desarrollo cientfico de la disciplina. Por otro lado, el matrn, puede aportar claros beneficios respecto al gineclogo en materia de educacin sanitaria en el proceso, lo que se traduciría probablemente en una menor incidencia de complicaciones puerperales y por tanto de rehospitalizaciones maternas. El matrn es el recurso ms rentable para este proceso, maximizando as la eficiencia, aprovechando los medios disponibles.



O-099.- SEXUALIDAD EN EL EMBARAZO Y EL PUERPERIO.

MANZANO-RAMIREZ C, OLLE-RIBERA A, UYA-PONS C, ABELLA-JOVE M.

ASSIR SABADELL, HOSPITAL DE SABADELL.

RESUMEN.

La Sexualidad es un aspecto importante en la relación de pareja y debería ser tratado adecuadamente por parte de las matronas en el embarazo y puerperio. Abordar este tema, para favorecer conductas adecuadas que mejoren la vivencia de la maternidad/paternidad y actualizar conocimientos eliminando tópicos y tabus faltos de evidencia científica, deberían ser objetivos a tratar en la consulta. OBJETIVO: Evidenciar el comportamiento sexual que tienen las parejas en la actualidad. METODO: Se ha realizado una revisión bibliográfica y se procederá a realizar una encuesta para valorar la vivencia y el grado de conocimiento que tienen las parejas al respecto. RESULTADOS: Pendiente de análisis. DISCUSION: Percibir el embarazo y el puerperio como un periodo de restricción sexual puede influir negativamente en la relación de pareja. Consensuar criterios y asesorar de forma adecuada a las parejas es necesario si se quiere conseguir dar una óptima atención.



O-100.- ABORTO FARMACOLOGICO EN ATENCION PRIMARIA ESTUDIO DESCRIPTIVO.

PRATS-RIBERA E, ALIAGA-MARTÍNEZ P, PRATS-MONTEJANO N, ALSINA-HIPOLITO M, ALLEPUZ A, SANTAELLA-URGELLES M.

ATENCION A LA SALUT SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

RESUMEN.

OBJETIVO: Analizar los datos recogidos sistemáticamente a las mujeres que desde el 7 de abril 2011 hasta el 7 de junio 2012 han solicitado Interrupción Voluntaria de la Gestación farmacológica en un centro de atención a la Salud Sexual y Reproductiva en Atención Primaria. Llevada a cabo por un equipo de 10 comadronas y 4 ginecólogos. METODO: Estudio descriptivo transversal de 350 mujeres que han solicitado IVE farmacológica. En el protocolo de IVE farmacológica se incluyen 3 visitas: la 1ª es informativa. En la 2ª se administran 200 mg de mifepristone. A las 36-48 horas la mujer se autoadministrará en casa **800 µg de misoprostol y analgesia pautada. En la 3ª visita se cierra el proceso. El coste del tratamiento y las visitas es de XXXX e.** Variables analizadas: nº de IVEs farmacológicos realizados, visitas fuera de protocolo, complicaciones, fallos del método, procedencia de las pacientes, profesional que ha realizado la 1ª, 2ª y 3ª visita, pérdidas en la 3ª visita, edad, hijos vivos, método contraceptivo post IVE, satisfacción de la mujer. RESULTADOS: Nº IVEs farmacológicos realizados: 293. Visitas fuera de protocolo: 39. Complicaciones: 15, de las cuales: 7 hemorragias vaginales y 6 dolor. Fallos del método: 5, de los cuales 3 abortos incompletos y 2 no expulsión del material ovular. Nacionalidad: Autóctonas 197 (67,2%). Profesional que ha realizado la 1ª visita: 268 la matrona (91,47%), la 2ª v: 293 el ginecólogo (100%), 3ª v: 239 la matrona (94,84%). Pérdidas en la 3ª visita: 41. Edad mediana 28,9a (máxima de 44a, mínima de 14a). Hijos vivos: 0: 116, 1: 78, 2: 71, 3: 20, mas de 3: 8. Método contraceptivo post IVE: 203 anticoncepción hormonal, 62 preservativo, 28 otros o no consta. Satisfacción de la mujer: recomendaría el IVE farmacológico: 233(79,52%) SI, 17(5,8%) NO, 43 no sabe o no consta. CONCLUSIONES La IVE farmacológica es una alternativa al tratamiento quirúrgico eficaz y segura. El papel de la comadrona es muy importante. En la primera visita se centrará en acompañar la decisión de la mujer de interrumpir la gestación, y en dar la información de método, de la que dependerá la seguridad con que la mujer viva el proceso en su casa. En la tercera visita se dará por finalizado el proceso de IVE y se hará una tarea educativa y seguimiento de la propuesta anticonceptiva. La satisfacción de las mujeres en nuestra experiencia es alta, ya que solo el 5.8% no recomendaría el método.



O-101.- MEJORANDO LAS TASAS DE VALIDEZ DE LAS UNIDADES DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL.

ORDORICA-NAVASCUES I, GONZÁLEZ-CORDERO MN, GUTIERREZ-QUINTANA C, PERICÓN-PÉREZ A, SOLER-PÉREZ D*, ZUAZO-GONZÁLEZ L.

HOSPITAL BASURTO.

RESUMEN.

INTRODUCCIÓN: Nuestro hospital, se incorporó en noviembre de 2008 al Programa de recogida de sangre de cordón umbilical (SCU) para donación altruista. Pese a tener un índice de validez elevado (>50%), son muchas las variables que influyen en el proceso: celularidad, serología, microbiología y presencia de coágulos entre otras. Desde el inicio, nuestra prioridad fue no influir en el proceso natural del parto intentando conseguir a su vez el mayor número de muestras válidas. OBJETIVO: Analizar las causas de inviabilidad de las muestras enviadas, buscando áreas de mejora en aquellas en las que podemos influir y medir el resultado tras la instauración de las medidas correctoras. METODO: Estudio descriptivo retrospectivo desde marzo de 2009 hasta diciembre de 2011. La población a estudio fueron todas las unidades de sangre de cordón umbilical enviadas al Banco de SCU. Se analizaron las causas de descarte, centrando el estudio en aquellas en las que dicha causa fue por contaminación (microbiología +). Se describieron las áreas de mejora y se instauraron las medidas correctoras, midiendo los resultados post-intervención. RESULTADOS: El N° de muestras enviadas en el periodo de estudio fue: 524. La tasa de validez media: 50%. El N° de muestras desechadas por microbiología + fue de: 26. La tasa de micro+ pre-intervención: 6,4%. Las medidas correctoras están relacionadas con la desinfección del punto de punción, factores técnicos y número de punciones. La tasa de micro+ post-intervención: 3,2%. CONCLUSIONES: El número de muestras descartadas por microbiología + han ido disminuyendo paulatinamente hasta llegar a cero en el último trimestre del 2011. La formación de todo el personal que interviene en el proceso de donación de SCU garantiza las altas tasas de validez mantenidas a lo largo del tiempo.



O-102.- COMADRONA DE CONSULTAS EXTERNAS. ALGO MAS QUE "PONER CORREAS".

FERNÁNDEZ-PASCUAL A, ZAMORA-MARTÍNEZ I.

HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU.

RESUMEN.

INTRODUCCIÓN: Sant Pau es un Hospital de Nivel III con un Servicio de Obstetricia que es centro de referencia, en Barcelona, para el Parto Normal y Gestación de Riesgo. En Consultas externas, la comadrona realiza diferentes actividades: control de gestantes de alto/medio/bajo riesgo en el último trimestre. Visita de acogida y de puerperio inmediato. En esta consulta se mantiene un alto nivel de cuidados tradicionales que favorecen la confianza y la implicación de las parejas sobre el proceso que están viviendo, todo ello sin perder el rigor profesional PALABRAS CLAVE: Comadrona, gestantes de riesgo obstétrico. OBJETIVO: Describir el rol y las actividades propias de la comadrona de consultas externas en un hospital terciario de un área urbana, incluyendo el desarrollo e implementación de un programa de atención y educación para los futuros padres: participativo e inclusivo. METODOLOGÍA: Diseño e implementación del programa de atención y educativo de la comadrona de consultas externas para las mujeres embarazadas de más de 28 semanas, de riesgo alto/medio/bajo y las que demandan parto natural en el área de referencia del hospital. La metodología del programa es participativa, incluye la monitorización no invasiva, los testimonios, fotos, vídeos, y otros soportes audiovisuales y virtuales, sobre los cuidados prestados a las madres y parejas con gestaciones de riesgo/ no riesgo. RESULTADO: En el año 2009 se inició este programa en las consultas externas de este hospital terciario, y en la actualidad sigue en marcha gracias a sus resultados. Entre 2009 y 2011 se asistieron 5502 partos de los cuales el 56% fueron de riesgo medio/bajo y se realizaron 9109 visitas en la consulta de la comadrona. DISCUSION: Es posible mantener los cuidados obstétricos desde la tecnología sin perder la PROFESIONALIDAD y la ESENCIA de la comadrona. Las parejas dan testimonio de la importancia de sentirse acompañadas, informadas y tratadas con naturalidad, mejorando así su percepción y actitud. La desmitificación de este proceso, incluyendo el momento del parto, ayuda a vivirlo de una forma mejor y más consciente.



O-103.- RELACIÓN ENTRE LA GLUCEMIA MATERNA Y LA VARIABILIDAD DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL DURANTE EL TRABAJO DE PARTO.

POZO-SÁNCHEZ-ARCHIDONA M, OTT-PEREIRA A, ARRIBAS-DONATE A*, CASAS-MARTÍN S, ZARCO-CALONGE G.

C.H. LA MANCHA CENTRO.

RESUMEN.

Determinar de forma válida y fiable si un feto intraútero corre peligro o se encuentra en buen estado, es sin duda una de las actividades más importantes a la que se enfrenta diariamente el profesional encargado del control del parto. El método más utilizado para este control es el registro cardiotocográfico, actualmente inseparablemente ligado a los paritorios de nuestro medio, y que determinan en muchos la forma de actual del profesional con respecto a la evolución del parto. Por tanto controlar todos los elementos que influyen o que, tradicionalmente, se ha aceptado que pueden interferir en el resultado del registro, nos parece de vital importancia. Uno de estos elementos es la glucemia materna. De forma empírica se ha considerado que la aparición en el registro cardiotocográfico de un patrón no reactivo en el feto podría estar relacionado con una glucemia baja de la madre, siendo habitual la indicación de ingestión por la embarazada de alimentos con contenido en glucosa o la aplicación de suero terapia intravenosa que en su composición contenga glucosa para conseguir una reactivación fetal. OBJETIVO: determinar si existe una verdadera relación entre la aparición de un patrón no reactivo en el registro cardiotocográfico intraparto del feto y los niveles de glucemia maternos, así como si la variación de estos niveles de glucemia, mediante la administración de glucosa, provoca un cambio en la actividad cardíaca del feto que pueda determinarse en el registro como patrón reactivo. METODO: La naturaleza del estudio es de tipo observacional-analítico de casos y controles, prospectivo. Los sujetos de estudio son gestantes en fase activa de parto de edad gestacional mayor o igual a treinta y cinco semanas, con gestación de feto único y sin anestesia epidural o siempre que haya transcurrido una hora desde su administración inicial. Durante la realización del control de bienestar fetal mediante registro cardiotocográfico se definirá si la gestante presenta un patrón reactivo o no reactivo. En el caso de que encontremos un patrón no reactivo durante 20 minutos, se procederá a la realización de una toma de glucemia capilar a la gestante. El grupo de controles lo formaran mujeres de las mismas características en las que encontremos un patrón de registro activo durante 20 minutos, a las que en ese momento se les realizará una glucemia capilar. Obtendremos datos de la historia clínica y libro de partos. RESULTADOS: actualmente en proceso de recogida de datos.



O-104.- DESCRIPCIÓN DE LA PERCEPCIÓN SOBRE EL USO DEL PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO DURANTE LOS AÑOS 2010/11 EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA.

RUIZ-FERRÓN C, JURADO-GARCÍA E, BAENA-ANTEQUERA F.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE VALME.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Conocer la percepción que las mujeres que presentaron un plan de parto y nacimiento durante los años 2010/11 tienen sobre el uso de dicho recurso/herramienta.

METODO: Se recopilaron los planes de parto, aceptados en el registro del órgano correspondiente, presentados durante los años 2010/11 obteniéndose un total de 86. Se pudo contactar con 42 de las mimas. Para conocer la percepción sobre el uso de dichos planes, se procedió a realizar una encuesta telefónica a las usuarias compuestas por 17 preguntas cerradas y se hizo un estudio descriptivo de los ítems analizados en dichas encuestas que nos proporcionó un perfil socio-demográfico y obstétrico-ginecológico de las encuestadas.

RESULTADOS: El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 19. Obtenemos que la edad media de la muestra es de 35, 5 años, 90% de nacionalidad española. El 81% tiene estudios universitarios, así como la asistencia a la educación maternal de casi toda la muestra (93%). La mayoría conoce el plan de parto por su matrona (61%) y utilizan un formato distinto a facilitado por la Consejería de Salud (57%). En un 80% afirman que los profesionales no sabían de su plan de parto y su reacción fue buena en un 38%, mala 16,7% e indiferente 31,4%. Ante dicha reacción de los profesionales las mujeres sintieron satisfacción (26%), tranquilidad (16,7%), incomprensión (16,7%), miedo (7,1%), otros (19%: enfado, inseguridad, rabia, decepción). El 54% de los nacimientos fueron eutócicos, 28, 6 instrumentados y 14% cesáreas. El 71% de la muestra considera útil el plan de parto, el 90,5 % animaría a otras mujeres a usarlo y un 47,5% considera que su parto hubiese sido diferente si no hubiesen utilizado el plan de parto.

DISCUSION: El perfil de las usuarias del plan de parto en dicho hospital de referencia se caracteriza por una edad media elevada, la edad más frecuente ha sido 37 años. Un nivel de estudios elevado, siendo en su mayoría universitarias. Son mujeres implicadas y deseosas de tomar decisiones en cuanto a su embarazo y parto, todas han asistido a educación maternal. En cuanto al plan de parto lo consideran útil, lo recomendarían y aunque la mayoría sintió satisfacción también encontramos sentimientos de miedo, inseguridad e intranquilidad entre las usuarias. Sería interesante explorar si dicho miedo es mayor en estas mujeres que en aquellas que no utilizan esta herramienta para expresar cómo desean que sea su parto.



O-106.- CONSEJO GENÉTICO: ¿REALIDAD O FICCIÓN DE LAS COMPETENCIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA?.

PÉREZ-TERUEL M, NAVARRO-GARCÍA A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Analizar los protocolos y guías prácticas clínicas en consejo genético preexistentes. Promocionar la difusión de consejo genético en atención primaria de salud. Determinar las Comunidades Autónomas que han incidido mayormente en la necesidad de incluir dicho aspecto dentro de la promoción de la salud de la mujer. **MATERIAL Y METODOS:** Revisión bibliográfica desde el año 2000 hasta la actualidad; por el hecho de que se trata de un tema relativamente actual, sobre el que no se ha incidido lo suficiente. **Uso de bases de datos:** Cuiden, Cochrane, Pubmed e Instituto Joanna Briggs. Buscamos protocolos de actuación de las diversas CC.AA. y del Ministerio de Sanidad y Política Social, determinando las competencias que se le atribuyen a la matrona en cada uno de estos organismos. **RESULTADOS:** Disparidad de resultados entre las distintas CC.AA. y el MSPS: no encontrando un protocolo específico, que verse sobre las competencias que desarrolla la matrona sobre consejo genético en atención primaria. En el caso de CC.AA. como: Cataluña, País Vasco y Andalucía se han desarrollado algunas directrices de lo que podría ser una atención que aborde de forma adecuada el consejo genético; sin llegar a incluirse dentro del programa integral de atención a la mujer. **DISCUSION:** Sería recomendable realizar un estudio descriptivo transversal para evaluar como los profesionales de atención primaria imparten el consejo genético en sus consultas. Deberíamos analizar algunos países de la Unión Europea, en los que ya se han implantado protocolos de actuación respecto a este tema, como puede ser el caso de Reino Unido, ya que nuestra formación está supeditada al comité consultativo, perteneciente a la Comunidad Económica Europea.



O-107.- MATERNIDAD GLOBAL.

COTS I*, MAINAR G, ABELLA M.

CENTRO ATENCION PRIMARIA SABADELL.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Conocer los cuidados durante el embarazo y postparto en los países de origen(Mali,Paquistán, Ecuador, Marruecos, Xina..) de las mujeres visitadas en nuestro centro de atención primaria **MÉTODOS:** Recogida de datos mediante entrevista a las mujeres en la visita prenatal y postnatal por parte de la matrona, en el centro de atención primaria Documentación gráfica previo consentimiento. **RESULTADOS:** Se observan distintas y curiosas formas de alimentación, higiene, cuidado del recién nacido y puérpera en función del clima, geografía, religión.. **DISCUSION:** Se observa una preocupación común de procurar reposo a la madre recién parida, buena alimentación e hidratación, ambiente confortable y cálido, así como utilización de objetos para proteger tanto al niño que se está gestando como al recién nacido. Las mujeres se han sentido respetadas al mostrar interés por su cultura, especialmente en un tema tan específico de las mujeres. El interés mostrado ha facilitado el acercamiento entre la mujer gestante y la matrona. Nos hemos enriquecido con sus aportaciones.



O-109.- PLAN DE MEJORA EN LA OBTENCIÓN DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL.

PIZARRO-GONZÁLEZ MA*, LLADÓ-GARCÍA A, MARTÍNEZ-LÓPEZ P, PEREIRA-ÁLVAREZ C, ARRANZ-BETEGÓN A.

HOSPITAL CASA MATERNITAT - CLÍNICA DE BARCELONA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: -Actualizar la formación en los procedimientos y técnicas para la correcta obtención de sangre de cordón umbilical (SCU).-Fomentar la donación de SCU, seleccionando mejor a las donantes y teniendo claros los criterios de inclusión y exclusión. -Incrementar la calidad de las unidades procesadas en nuestro hospital, consiguiendo un volumen superior a los 110 gramos/unidad. METODOLOGÍA: Se ha informado a todas las donantes que cumplían los criterios de inclusión del procedimiento de donación de SCU. Se han entregado trípticos informativos en las visitas de control de la gestación y en el momento del ingreso a las gestantes para dar a conocer el programa de donación de SCU. Hemos utilizado medios audiovisuales en las salas de dilatación para mostrar el proceso de donación. Se ha realizado la recogida sistemática de SCU para la donación altruista al banco de sangre, de forma universal en todas las gestantes que estaban previamente informadas y habían dado su consentimiento, independientemente del tipo de parto. Se ha facilitado el acceso al curso de formación on-line que acredita a los profesionales para la obtención de SCU. Hemos organizado sesiones de formación continuada haciendo especial hincapié en la importancia de obtener la máxima cantidad de SCU sin modificar la atención al parto. Se ha creado un registro interno que permite conocer las causas e incidencias por las que no se ha podido llevar a cabo la donación. Hemos elaborado un resumen gráfico en formato póster de cómo realizar la técnica para la obtención de SCU. RESULTADOS: Durante el año 2011 se realizaron un total de 895 donaciones de SCU (media de 83.27 donaciones/mes), con un volumen medio de 86.19 ml/unidad y una tasa media de unidades aceptadas del 60%. Desde que se ha iniciado el plan de mejora en la obtención de SCU, de enero a abril de 2012, se han realizado un total de 417 donaciones (media de 104.25 donaciones/mes), con un volumen medio de 82.58 ml/unidad y una tasa media de unidades aceptadas del 49.75%. DISCUSION: La donación de SCU es una acción solidaria que puede ayudar a un importante número de pacientes con enfermedades onco-hematológicas. Hemos conseguido un aumento significativo del número de donaciones gracias al programa instaurado por el centro, a la concienciación del personal sanitario, a la voluntad y altruismo de las madres que acceden a la donación. A pesar del aumento en el número de donaciones, notable desde la implantación del programa; debemos seguir trabajando en la calidad de dichas donaciones para que sean aceptadas en su gran mayoría.



O-110.- ¿CONOCEN LAS MATRONAS EN LA REGIÓN DE MURCIA EL TÉRMINO VIOLENCIA OBSTÉTRICA?.

GÓMEZ-LÓPEZ A, POSTIGO-MOTA F, MARTÍNEZ-BIENVENIDO E, SÁNCHEZ-TERRER ME.

COMPLEJO HOSPITALARIO SANTA LUCÍA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: • Conocer si las matronas de la Región de Murcia diferencian la violencia obstétrica. • Valorar la identificación de actos violentos en el ambiente obstétrico.

METODO: Tras revisión de la legislación española, argentina y venezolana, así como estudios científicos relacionados con el tema de la violencia obstétrica, se realizó un cuestionario tipo test con respuesta múltiple donde se pregunta a las matronas sobre diferentes situaciones posiblemente violentas en el ámbito de la obstetricia. Se seleccionó una muestra de 20 matronas a las que se les envió el cuestionario por correo electrónico.

RESULTADOS: Estamos en fase de recogida de datos. **DISCUSION:** La unificación de criterios a la hora de definir términos tan novedosos y poco consensuados como la violencia obstétrica, que en España no está tipificada como tal, resulta complejo. Es importante saber de dónde partimos, para poder detectar necesidades formativas en las matronas.



O-112.- COMPETENCIAS PROFESIONALES DE LAS MATRONAS. PERCEPCIONES Y OPINIONES.

MUÑOZ-RODRÍGUEZ MN*, GÓMEZ-GARCÍA CI, RUÍZ-GARCÍA MJ.

D.G. PLANIFICACION, ORDENACION SANITARIA Y FARMACÉUTICA E INVESTIGACIÓN.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Conocer las percepciones y opiniones de algunas matronas con respecto al desarrollo de sus competencias profesionales. METODOS: Se trata de una investigación cualitativa mediante entrevistas semiestructuradas a diferentes matronas para conocer en primera persona sus percepciones y opiniones con respecto al desarrollo de sus competencias profesionales. RESULTADOS: Aunque la mayoría de las matronas entrevistadas piensan que desarrollan gran parte de las competencias adquiridas durante su formación como Enfermera Obstétrico-Ginecológica, consideran que no son todas, por ejemplo enumeran: atender los partos normales, los distócicos al menos una parte del proceso y la atención durante el puerperio e incluso reconocen sus limitaciones por no poder ofrecer otros tipos de parto influenciadas en ocasiones por la cantidad de trabajo. Además consideran que están luchando por tener cada vez más, y conseguir realizar sus propias funciones como son la promoción de la lactancia materna, el control del neonato hasta los veintiocho días de vida y también la educación para la salud y cuidados durante la menopausia. Se destaca la escasa presencia en la consulta preconcepcional, en planificación familiar y sexualidad así como en la atención a la mujer en el climaterio. DISCUSION: Se ratifica la figura de la matrona como eje central en los cuidados dispensados a la mujer y su hijo o hija no sólo en el proceso del parto normal sino también colaborando con el resto de especialistas implicados en el caso de embarazos con patologías asociadas. Apuntamos la importancia de trabajar en equipo, conociendo las funciones de cada integrante de los y las profesionales que atienden a una mujer en cualquier proceso de su vida salud sexual y reproductiva, por lo que señalamos la necesidad de definir y delimitar las funciones de cada miembro del equipo multidisciplinar para poder desarrollar las propias competencias de forma satisfactoria.



FAME
FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES
DE MATRONAS DE ESPAÑA



AMRM

COMUNICACIONES POSTER



P-001.- ANALGESIA INHALATORIA : ALTERNATIVA EFICAZ EN EL TRABAJO DE PARTO.	247
<i>HERNÁNDEZ-RABAL M*, PALOMO-GÓMEZ R, FLORES-GARCÍA MA, GAVILÁN-DÍAZ M, GALLEGO-MOLINA J, FERNÁNDEZ-ORDOÑEZ E.</i>	
P-002.- PLAN DE NACIMIENTO LOTUS EN HOSPITAL.	248
<i>VÁZQUEZ G, AMORÓS A, WATERS S, MOLINA R.</i>	
P-003.- LA ETAPA DEL POST PARTO EN LAS DIFERENTES CULTURAS.	249
<i>MONTERO L, ROJAS M, BIURRUM A.</i>	
P-005.- PARTO VAGINAL TRAS CESAREA.	250
<i>DEL POZO L*, RETAMA S, HURTADO C, FERNÁNDEZ A.</i>	
P-007.- ALTERNATIVAS PARA EL ALIVIO DEL DOLOR DE TRABAJO DE PARTO.	251
<i>ALONSO-ESCALANTE I *, RAMOS-MARTÍNEZ C, MORICHE-ROLDÁN M.</i>	
P-008.- VALORACIÓN DE LOS PARTOS EUTÓCICOS EN NUESTRO HOSPITAL.	252
<i>CASTELLARNAU-BERTRAN L, ROGÉ-TORRA R, FERRER-GIL M, FÀBREGA-SABATÉ J, SERRET-PUIGPELAT R, VILA-BACH A.</i>	
P-009.- ¿SE LLEVA A LA PRÁCTICA HOSPITALARIA EL PLAN DE PARTO?.	253
<i>GARCÍA-MENDOZA I.M, GONZÁLEZ-SEGURA R, BENAYAS-PÉREZ N, JÓDAR-MARTÍN MR, JIMÉNEZ-LECHUGA MD, NIETO-RABANEDA V.</i>	
P-010.- PARIR EN CASA.	254
<i>GARCÍA-MENDOZA IM, GONZÁLEZ-SEGURA R, BENAYAS-PÉREZ N, JÓDAR-MARTÍN MR, JIMÉNEZ-LECHUGA MD, NIETO-RABANEDA V.</i>	
P-011.- PARIR EN CASA ¿ES SEGURO?.	255
<i>SAURA-MARTÍNEZ I, GALLARDO-RÍOS C, REJAS-GINER E, BAEZA-PEREÑIGUEZ E.</i>	
P-012.- SEISMO EN LORCA: HISTORIA DE UNA EMBARAZADA.	256
<i>SÁNCHEZ-SÁNCHEZ FC *, JIMÉNEZ-OLMO CM, GARCÍA-GÓMEZ AM, PALOMINO-SALVADOR PA, REALES-FERRER E, AROCA-MARTÍNEZ T.</i>	
P-013.- SATISFACCIÓN DE LAS MUJERES CON SU EXPERIENCIA DE PARTO.	257
<i>VIDAL-MAZA I*, JANOT-REMOLINS A, GIL-VARGAS MJ, GÓMEZ-FERNÁNDEZ MA.</i>	
P-014.- PROTOCOLO DE HIDROTERAPIA EN EL PARTO EN EL HOSPITAL MATERNO-INFANTIL CARLOS HAYA.	258
<i>RAMOS-RODRÍGUEZ T*, LÓPEZ-MOLINA AM, CUBILLAS-RODRÍGUEZ I, OLIVA-GARCÍA J, NAVARRO-MAMELY ML, HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ P.</i>	
P-015.- PUJOS DIRIGIDOS & PUJOS EXPECTANTES.	259
<i>VAELLO A, VALENCIA E, ORELLANA M, CASTILLO E, LUCENILLA R, RODRÍGUEZ B.</i>	
P-016.- ¿Y TÚ, CÓMO LO VES? RCTG: A PROPÓSITO DE UN CASO.	260
<i>MARTÍNEZ-VILLAREJO L*.</i>	
P-017.- USO DE LA BOLA SUIZA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y EXPULSIVO.	261
<i>GAVILÁN-DÍAZ M *, GALLEGO-MOLINA J, HERNÁNDEZ-RABAL M, PÉREZ-CABALLERO A, VÁZQUEZ-SÁNCHEZ M, SÁNCHEZ-RUIZ P.</i>	
P-018.- UNA MIRADA HACIA ATRÁS, MATRONAS SIEMPRE COMPETENTES.	262
<i>UNAMUNO-ROMERO B, RODRIGUEZ-VICENTE MD.</i>	
P-019.- MATRONA Y VIOLENCIA DE GÉNERO: ¿QUÉ PODEMOS HACER?.	263
<i>GIMÉNEZ-MARTÍNEZ A*, GONZÁLEZ-FAJARDO A, BARCELÓ-MUÑOZ N, DIEZ-JOVER R, PAGÁN-MARÍN L.</i>	
P-020.- VALORACIÓN DEL NEONATO POR LA MATRONA DE ATENCIÓN PRIMARIA.	264
<i>GAVIN-GUTIÉRREZ L*, PRIETO-ÁLVAREZ P, NAVARRO-GUTIÉRREZ T, ESPART-HERRERO L, CUENCA-DIEZ B, CASILLAS-BARRAGÁN B.</i>	
P-021.- RECUPERANDO LAS COMPETENCIAS PERDIDAS DE LA MATRONA EN ANDALUCÍA:ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.	265
<i>GAMUNDI-FERNÁNDEZ C*, JALÓN-NEIRA RM, DELGADO-MUÑOZ E.</i>	
P-023.- ACOMPAÑAMIENTO DE GESTANTES Y RECIEN NACIDOS DADOS EN ADOPCIÓN. ACTUACIÓN DE LA MATRONA.	266
<i>LLORENTE-GILETE M, CASANOVA-ARANDA I, MAS-PLA MJ, DE MIGUEL-IBÁÑEZ MP, NAVIO-ABRIL V.</i>	
P-024.- UN RETO, UN FUTURO: CREAR UNA WEB DE SALUD DE CALIDAD.	267
<i>CASTRO-ALONSO V*, VARONA-IGLESIAS S, VÁZQUEZ-HERRERO MJ.</i>	
P-025.- IMPLEMENTACIÓN DE BUENAS PRACTICAS EN LA ATENCIÓN AL PARTO Y NACIMIENTO.	268
<i>PULIDO-SOTO A, RAEZ-LIEBANAS A, FERNÁNDEZ-VALERO MJ, ROSALES-CHAMORRO MM.</i>	
P-026.- VIOLENCIA DE GÉNERO Y EMBARAZO. LA IMPORTANCIA DE UNA DETECCIÓN PRECOZ EN ATENCIÓN PRIMARIA.	269
<i>CASANOVA-VELASCO CE, VERA-REPULLO F.</i>	



P-027.- ESTUDIO DE LA RESPUESTA SEXUAL COMO MEJORA DEL DESARROLLO COMPETENCIAL DE LA MATRONA EN EL ÁMBITO AFECTIVO-SEXUAL.	270
<i>BAENA-ANTEQUERA F, JURADO-GARCÍA E, RUIZ-FERRÓN C.</i>	
P-029.- CONSULTA DE LA MATRONA: DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS CITOLOGÍAS.	271
<i>MITJANS-MONTOLIU E, ROIG-GARCÍA C, BORRÀS-BENTANACHS E, NAVARRO-TOLOSA MJ.</i>	
P-030.- CONSEJO CONTRACEPTIVO EN PERSONAS CON DISMINUCIÓN PSÍQUICA.	272
<i>ALBILLOS-MINGORANCE B, CEÑA-DELGADO B, MASSÓ-CROS R, DOMENECH-PLA N, CALVO-CEBRIÁN C, FORNÉS-NIUBÓ M.</i>	
P-031.- IMPORTANCIA DE LA FIGURA DE LA MATRONA EN EL ENTRENAMIENTO DEL SUELO PÉLVICO DURANTE EL EMBARAZO Y POSTPARTO.	273
<i>MOYA-COBOS A*, REYES-MORILLAS M, ROQUE-MARTÍNEZ M.</i>	
P-032.- MATRONA EN URGENCIAS: VALORACIÓN DE LA GESTANTE DE BAJO RIESGO, TRABAJO DE PARTO VERSUS PRODRAMOS DE PARTO.	274
<i>FLOTATS A, SOLANS R, BASTEIRO E, BENITO I, MARTINEZ-VERDÚ MA, ARRANZ A.</i>	
P-033.- COMO PLANIFICAR EDUCACIÓN EN LACTANCIA MATERNA EN UNA CONSULTA DE BIENESTAR FETAL LLEVADA POR UNA MATRONA.	275
<i>ROQUE-MARTÍNEZ MC*, HERNÁNDEZ-HERRERÍAS I, SÁNCHEZ-GUISADO MM.</i>	
P-034.- EL USO DE LA OXITOCINA TRAS EL ALUMBRAMIENTO COMO PREVENCIÓN DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO PRECOZ.	276
<i>PICÓN M*, ORENES MA, RUIZ MA, MARTÍN V, GARRIDO R, PAGÁN L.</i>	
P-037.- EGB (+), ANTIBIOTERAPIA Y MASTITIS INFECCIOSA PUERPERAL: UNA RELACIÓN DESCONOCIDA.	277
<i>MAJÁN-SESmero CT*, MAJÁN-SESmero A, GONZÁLEZ-MUÑOZ E, SESmero-GAMBÍN C.</i>	
P-038.- ENDOMETRITIS POSTPARTO. PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE LA MATRONA.	278
<i>MAYORAL-CÉSAR V *, CASADO-FERNÁNDEZ L, GARRIDO-LÓPEZ M, LUQUE-LEÓN M.</i>	
P-039.- IMPACTO DEL PARTO POR CESAREA EN EL ÉXITO DE LA LACTANCIA TEMPRANA.	279
<i>SÁNCHEZ-GOYA N.</i>	
P-040.- INFLUENCIA DEL SUEÑO EN EL DESARROLLO DEL RECIÉN NACIDO.	280
<i>PACHECO-ADAMUZ MJ, RIVAS-CASTILLO MT, CORRAL-SEGADE ME.</i>	
P-041.- LA ANQUILOGLOSIA Y EL ÉXITO DE LA LACTANCIA MATERNA.	281
<i>SELVA-CABAÑERO P, MORA-LORENTE J, FUERTES-CÁNOVAS Y, SUÁREZ-CORTÉS M.</i>	
P-042.- LA PATERNIDAD Y EL APEGO.	282
<i>PALOMO-GÓMEZ R, FERNÁNDEZ-ORDOÑEZ E, HERNÁNDEZ-RABAL M, SÁNCHEZ-RUIZ P, MARTÍNEZ-CASTELLÓN N, ROMEU-MARTÍNEZ M.</i>	
P-043.- AUTOMASAJES DE FONDO UTERINO EN PUERPERAS MULTIPARAS PARA LA PREVENCIÓN DE ENTUERTOS.	283
<i>HIGUERAS A, RAMÍREZ C *, VELÁZQUEZ V.</i>	
P-044.- PROLONGACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA GRACIAS A GRUPOS DE APOYO INTRAHOSPITALARIOS.	284
<i>SESmero-GAMBÍN C*, MAJÁN-SESmero CT, RAMÍREZ-PELÁEZ H, GONZÁLEZ-MUÑOZ E.</i>	
P-046.- CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN LOS TALLERES DE LACTANCIA MATERNA A GESTANTES Y PUÉRPERAS.	285
<i>ALCÁZAR-CONTRERAS N, PEDREÑO-LOPEZ JA, CONTRERAS-GIL F, LÓPEZ-FUENTES J, ELENA-ELENA MC, CONTRERAS-GIL J*.</i>	
P-047.- EVOLUCIÓN DEL PAPEL PATERNAL HACIA LA COOPERACIÓN EN EL PUERPERIO.	286
<i>MORENO L*, MARTÍNEZ I.</i>	
P-048.- MADRES, RECIÉN NACIDOS Y EDUCADORES PARA LA SALUD. REVISIÓN DEL TRABAJO CON LOS GRUPOS DE POSTPARTO.	287
<i>CREUS-PUJOL D, TEIXIDO-SENAR O, MONTE-MORA T.</i>	
P-049.- MÉTODO KASSING: TÉCNICA DE ALIMENTACIÓN COMPATIBLE CON LA LACTANCIA MATERNA.	288
<i>CUBILLAS-RODRÍGUEZ I, RAMOS-RODRIGUEZ T*, NIETO-CAMACHO J, TORRES-DÍAZ A, LÓPEZ-MOLINA A, DÍAZ-ZURDO MJ.</i>	
P-050.- DEPRESIÓN POSPARTO.PAPEL DE LA MATRONA.	289
<i>PONCE-MARTÍNEZ E*, ALCOLEA-LÓPEZ M, GARCÍA- GÓMEZ N.</i>	



P-051.- PROYECTO DE PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN EL ÁREA DEL HOSPITAL GENERAL DE ALMANSA.	290
<i>HERRERO-OLIVER R.</i>	
P-052.- EN BUSCA DE LA CALIDAD: EPISIOTOMIA O DESGARRO.	291
<i>MARTÍNEZ-MARTÍN E*, MARTÍNEZ-GALÁN P, MACARRO-RUIZ L, MANRIQUE-TEJEDOR J, MIGUÉLEZ-LLAMAZARES L, PÉREZ-DE LA HIJA P.</i>	
P-053.- USO DE LUBRICANTE DURANTE LA SEGUNDA ETAPA DEL PARTO PARA LA PREVENCIÓN DE TRAUMAS PERINEALES.	292
<i>MARTÍNEZ-GALÁN P*, MACARRO-RUIZ L, MANRIQUE-TEJEDOR J, MIGUÉLEZ-LLAMAZARES L, PÉREZ- DE LA HIJA P, MARTÍNEZ-MARTÍN E.</i>	
P-054.- MANEJO DEL SULFATO DE MAGNESIO PARA LA NEUROPROTECCIÓN.	293
<i>MANRIQUE-TEJEDOR J*, MARTÍNEZ-MARTÍN E, MARTÍNEZ-GALÁN P, MACARRO-RUIZ L, PÉREZ- DE LA HIJA P, MIGUÉLEZ-LLAMAZARES L.</i>	
P-055.- PREPARACIÓN PRENATAL DE CALIDAD:EL MASAJE PERINEAL (MP).	294
<i>MARTÍNEZ-MARTÍN E, MIGUÉLEZ-LLAMAZARES L, MACARRO-RUIZ L, MARTÍNEZ-GALÁN P.</i>	
P-057.- CUIDADO DE LA PIEL DEL RECIÉN NACIDO: MITO VS EVIDENCIA CIENTÍFICA.	295
<i>MARTÍNEZ-GALÁN P, MARTÍNEZ-MARTÍN E, MIGUELEZ- LLAMAZARES L, MACARRO- RUIZ D.</i>	
P-058.- TENS COMO MÉTODO ALTERNATIVO PARA EL ALIVIO DEL DOLOR INTRAPARTO: USO CORRECTO, EVALUACIÓN Y RESULTADOS.	296
<i>RUIZ-GÓMEZ E, JIMÉNEZ-ROLDÁN F, SÁNCHEZ-HERRERA S, PÉREZ ESPARZA-TORRES L, REYES-JIMÉNEZ S.</i>	
P-059.- PROYECTO DE VISITA HOSPITALARIA EN PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PRENATAL.	297
<i>FERNÁNDEZ-REGUERO B, GARCÍA-DE LA ROSA A, SÁNCHEZ-CALAMA A, SEVILLANO-LÓPEZ N, GONZÁLEZ-DOMÍNGUEZ MJ.</i>	
P-060.- NEUROTECCIÓN: CALIDAD ASISTENCIAL Y CUIDADOS A LA MUJER GESTANTE.	298
<i>ENRÍQUEZ-RODRÍGUEZ I, MUÑOZ-ALBA E.</i>	
P-061.- EFICACIA DE LA BUSCAPINA EN EL ACORTAMIENTO DEL TRABAJO DE PARTO.	299
<i>MÁRQUEZ-SALAS N, MARTÍN-ESCOBAR N, ROSALES-SEVILLA R.</i>	
P-062.- ATENCIÓN HOLÍSTICA DE LA MATRONA EN EL PROCESO DEL ILE.	303
<i>LÓPEZ-BELTRÁN A, PALLISÉ-CARDELLACH A, PEDRIDO-REINO S, SALADO-GARCÍA M, DURÁN-SUÁREZ F, SIMO-ROVIRA M.</i>	
P-063.- ANÁLISIS DE LA EFICACIA DEL USO DE T.E.N.S EN LA DISMINUCIÓN DEL DOLOR EN DILATACIÓN.	304
<i>MORA-LORENTE J, SELVA-CABAÑERO P, FUERTES-CÁNOVAS Y, SUÁREZ-CORTÉS M.</i>	
P-064.- DIFERENCIAS EN EL USO DE SULFATO DE MAGNESIO COMO NEUROPROTECTOR ANTE EL PARTO PREMATURO INMINENTE.	305
<i>CEDIEL-ALTARES C, BLAS-ROBLEDO M.</i>	
P-065.- PROPUESTA DE APLICACIÓN DE UN PROGRAMA PARA FOMENTAR EL VINCULO PRENATAL DESDE LA MATRONA DE ATENCIÓN PRIMARIA.	306
<i>BARCELÓ-MUÑOZ N*, GONZÁLEZ-FAJARDO A, GIMENEZ-MARTINEZ A, PAGAN-MARIN L, DÍEZ-JOVER R, ALCOLEA-LÓPEZ M.</i>	
P-066.- LOS BENEFICIOS DE LA MUSICOTERAPIA DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.	307
<i>PEDREÑO-LÓPEZ JA, ALCÁZAR-CONTRERAS N, PAÑOS-ZAMORA FJ, PEDREÑO-LÓPEZ JF, LÓPEZ-FUENTES J*, CONTRERAS-GIL J.</i>	
P-067.- LA REFLEXOLOGÍA PODAL EN LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL ESTREÑIMIENTO DE LAS GESTANTES.	308
<i>PEDREÑO-LÓPEZ JA, ALCÁZAR-CONTRERAS N, PAÑOS-ZAMORA FJ, PEDREÑO-LÓPEZ JF, LÓPEZ-FUENTES J*, CONTRERAS-GIL J.</i>	
P-068.- LA RELACIÓN CLÍNICA ENTRE LA MATRONA Y LA GESTANTE.	309
<i>SUÁREZ-CORTES M.</i>	
P-069.- INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y SU REPERCUSIÓN EN EL EMBARAZO Y EL RECIÉN NACIDO.	310
<i>LORCA-BARCHÍN V*, RIVAS-CASTILLO MT, MENDOZA-ARIZA M.</i>	
P-070.- SEMANA MUNDIAL DE LA LACTANCIA MATERNA 2012: ENTENDER EL PASADO. PLANIFICAR EL FUTURO.	311
<i>GARCÍA-CALVO I.</i>	
P-071.- PERFIL DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES EN NUESTRA ÁREA DE INFLUENCIA.	312
<i>AGUILAR-BARTOLOMÉ I, PATRICIO-PEÑA D, BERNAL-VALVERDE B, ROMANO-SANTOS E, CARRERAS-CABALLERO M, MARTÍN-POLO C.</i>	



P-072.- REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LOS DÉFICITS NUTRICIONALES EN LAS GESTANTES VEGETARIANAS Y SU SUPLEMENTACIÓN.	313
<i>ESPART-HERRERO L, NAVARRO-GUTIÉRREZ T, CASILLAS-BARRAGÁN B, GAVIN-GUTIÉRREZ L, PRIETO-ÁLVAREZ P, CUENCA-DÍEZ B.</i>	
P-073.- BANCOS DE LECHE MATERNA EN ESPAÑA.	314
<i>MERINO-ORTEGA ME, GALLEGU-GALLERO MA, MENA-GARCÍA M.</i>	
P-074.- SÍNDROME DE HELLP INCOMPLETO CON EDEMA AGUDO DE PULMÓN ASOCIADO. DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO.	315
<i>ROMEU M*, RUIZ MJ, GONZÁLEZ MJ.</i>	
P-075.- PÉRDIDAS HEMÁTICAS ASOCIADAS AL I.V.E. FARMACOLÓGICO.	316
<i>MORENO A, ARASA M, MOMBIELA A, CARDONA C, RODRÍGUEZ S, PELLICER C.</i>	
P-076.- DOLOR ASOCIADO AL I.V.E. FARMACOLÓGICO.	317
<i>RODRÍGUEZ S, CARDONA C, ARASA M, MOMBIELA A, PELLICER C, MORENO A.</i>	
P-077.- RIESGOS Y BENEFICIOS DE LA TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA EN MUJERES MENOPAÚSICAS.	318
<i>MANRIQUE TEJEDOR J, MIGUELEZ-LLAMAZARES L, PÉREZ-DE LA HIJA P, MARTÍNEZ-MARTÍN E, MARTÍNEZ-GALAN P, MACARRO-RUIZ L.</i>	
P-078.- INTERVENCIÓN EN GESTANTE DE 31 SEMANAS DE GESTACIÓN CON ACV.	319
<i>MAJÁN-SESmero CT*, FERNÁNDEZ-CABALÍN J, TORRES-DÍAZ Á.</i>	
P-079.- SEGURIDAD DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA A DEBATE EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN.	320
<i>FERRER-GIL M, CASTELLARNAU-BERTRAN L, FABREGA-SABATE J, VILA-BACH A, RODRIGUEZ-APARICIO S, GIRIBET-RUBIOL ME.</i>	
P-080.- CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES DEMANDANTES DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO.	321
<i>SALADO-GARCÍA M, LÓPEZ-BERTRÁN A, PEDRIDO-REINO S, ROMANO-SANTOS E, PATRICIO-PEÑA D, PALLISE-CARDELLACH A.</i>	
P-081.- OPINIÓN DE LOS JOVENES SOBRE LOS TALLERES DE EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL IMPARTIDOS EN LOS INSTITUTOS.	322
<i>RAMÍREZ M*, PINTO T, FERNÁNDEZ MV, MARCH G, MORENO G, CASTELL S.</i>	
P-082.- ASMA Y EMBARAZO: CUIDADOS DE LA MATRONA.	323
<i>CASADO-FERNÁNDEZ L*, LUQUE-LEÓN M, MAYORAL-CESAR V, GARRIDO-LÓPEZ M.</i>	
P-083.- ALTERACIONES DERMATOLÓGICAS MÁS FRECUENTES DURANTE LA GESTACIÓN: ATENCIÓN DE LA MATRONA.	324
<i>GARRIDO-LÓPEZ M, MAYORAL-CESAR V, LUQUE-LEÓN M, CASADO-FERNÁNDEZ L*.</i>	
P-084.- VALIDEZ CLÍNICA DE LA AMNIOSCOPIA EN LA VALORACIÓN DEL BIENESTAR FETAL.	325
<i>DÍAZ-CHANTAR JI *, MORENO-BARRIENTOS M, CABELLO-ALCALÁ P.</i>	
P-085.- HIDRATACIÓN Y FLUIDOTERAPIA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO. PROPUESTA DE UN DIAGRAMA DE FLUJO.	326
<i>DÍEZ-JOVER R*, PAGÁN-MARÍN L, BARCELÓ-MUÑOZ N, GONZÁLEZ-FAJARDO A, PAGÁN-MARIN C, GIMÉNEZ-MARTÍNEZ A.</i>	
P-086.- APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS HUMANIZADORAS DEL PARTO EN EL H.G.B DE MOTRIL.	327
<i>GARCÍA-PINTOR S, GOMIS-SÁNCHEZ P, INIESTA-INIESTA E, ORTIZ-ZURITA A, RUIZ-VIDOY C.</i>	
P-087.- USO DE COMPRESAS FRÍAS VS CALIENTES EN EL EXPULSIVO PARA DISMINUIR LA PREVALENCIA DE DESGARROS PERINEALES Y EL DOLOR.	329
<i>RODRÍGUEZ-VILLAR V, MARTÍN-MARTÍN M, AGEA-CANO I, MIRANDA-MORENO MD.</i>	
P-088.- PROTOCOLO INGESTA DE LIQUIDOS EN TRABAJO DE PARTO NORMAL.	330
<i>TORTI-CALVO J, REINA-ESPEJO J, MOLINA E, VÁZQUEZ-MAMBRILLA MY.</i>	
P-089.- LAS MATRONAS Y EL NACIMIENTO EN LOTUS.	331
<i>MÍNGUEZ-ANDREU G *, HERNÁNDEZ-SÁNCHEZ E, CAMPOS-MARTÍNEZ A, CAMACHO-ÁVILA M.</i>	
P-090.- TERMINACIÓN DEL PARTO EN MUJERES CON USO DE ANALGESIA EPIDURAL.	332
<i>ALCARAZ-MARÍN AB, VALENZUELA-REYES M, MARÍN-VIZUETE I.</i>	
P-091.- ALIVIO DEL DOLOR EN LA DILATACIÓN.	333
<i>NOGALES-LORA F *, PÉREZ-MÁRQUEZ M, TELLO-LAZARO I.</i>	
P-092.- TERAPIAS ALTERNATIVAS A LA EPIDURAL EN EL TRABAJO DE PARTO.	334
<i>CRUZ S, CARTES A, GENTIL P, MARTÍN R, MORICHE M, NUÑEZ JL.</i>	



P-093.- CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA EPISIOTOMÍA.	335
<i>LÓPEZ-MARÍN R *, FRUTOS-MOLINA D.</i>	
P-094.- DERECHOS QUE PROTEGEN TU EMBARAZO.	336
<i>ROMERA-DE PACO G, SÁNCHEZ-SÁNCHEZ F, GÓNGORA-JIMÉNEZ V, PALOMINO-SALVADOR P, CONESA-AGÜERA A, GARCÍA-GOMEZ A.</i>	
P-095.- PROYECTO DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD A LA MUJER CON DIABETES GESTACIONAL.	337
<i>AZUAR M*, DELGADO M, PÉREZ S, VÁSQUEZ V.</i>	
P-096.- PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL PARA ADOLESCENTES: CONSULTA JOVEN.	338
<i>DELGADO M*, AZUAR M, PÉREZ S, VÁSQUEZ V.</i>	
P-097.- EXPERIENCIA Y RESULTADOS SESIONES INFORMATIVAS ATENCION PRIMARIA-CONSORCIO HOSPITALARIO DE VIC.	339
<i>ROSEAN-VILA I, MONTES-GONZÁLEZ I, PUJOL-VILA M, FERNÁNDEZ-CASTRO CM, MORA-BARBA S, ARBERASLAUZURICA S.</i>	
P-098.- LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA DESDE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA MATRONA.	340
<i>RODRÍGUEZ V*, MARTÍNEZ GM, ROYO T, PÉREZ E, GUILLÉN A, MOLINA A.</i>	
P-099.- LA PAREJA CON PROBLEMAS DE ESTERILIDAD. INTERVENCIÓN DE LA MATRONA.	341
<i>MARTÍNEZ-AMORES GM*, RODRÍGUEZ-SÁNCHEZ V, PÉREZ-ABAD E, GUILLÉN-MARTÍNEZ A, MOLINA-RODRÍGUEZ A, ROYO-MORALES T.</i>	
P-100.- CUIDADO CONDUCTIVO POR LAS MATRONAS: MIDWIFE LED CARE.	342
<i>HERNÁNDEZ-RABAL M*, GAVILÁN-DÍAZ M, GALLEGU-MOLINA J, PALOMO-GÓMEZ R, FLORES-GARCÍA MA, MORILLA-ARAGÓN MT.</i>	
P-101.- PLAN DE CUIDADOS EN PUÉRPERAS DIRIGIDO POR UNA MATRONA.	343
<i>MOLINA-RODRÍGUEZ A, ROYO-MORALES T, MARTÍNEZ-AMORES GM, RODRÍGUEZ-SÁNCHEZ V, PÉREZ-ABAD E*, GUILLÉN-MARTÍNEZ A.</i>	
P-102.- PREVENCIÓN DE LAS DISFUNCIONES DEL SUELO PELVICO EN EL POSTPARTO.	344
<i>JANÉ-FEIXAS C, CRESPO-JIMÉNEZ N, ROMERO-CULLERES G, PIQUE-CANAL P, ABENOZA-GUARDIOLA M.</i>	
P-103.- CONSIDERACIONES SOCIALES DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL FRANQUISMO: INFLUENCIA ACTUAL.	345
<i>PÉREZ-ABAD E*, GUILLÉN-MARTÍNEZ A, MOLINA-RODRÍGUEZ A, ROYO-MORALES T, MARTÍNEZ-AMORES GM, RODRÍGUEZ-SÁNCHEZ V.</i>	
P-104.- HEMATOMAS GENITALES EN EL PUERPERIO.	346
<i>CASTILLO-CASTRO E*, VALENCIA-GÓMEZ E, CROS-OTERO SJ, VAELO-ROBLEDO A, BARBOSA-CHAVES MJ, GARCIA-GALÁN RE.</i>	
P-105.- LA LABOR DE LA MATRONA EN EL PUERPERIO.	347
<i>CÁRDENAS-DE COS C, ZAPATA-VALERA M, CROS-OTERO SJ.</i>	
P-106.- PREVENCIÓN DE LAS GRIETAS EN EL PEZÓN: ESTRATEGIA PARA LA DISMINUCIÓN DEL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA.	348
<i>GARRIDO-CARREÑO R*, RUIZ-CHUMILLA MA, MARTÍN-MARTOS V, ORENES-BELLIDO MA, PICÓN-CARMONA M.</i>	
P-107.- PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA: BARRERAS EN SU INSTAURACIÓN Y MANTENIMIENTO.	349
<i>GARCÍA-GÓMEZ AM*, PADILLA-CASAÚ C, REALES-FERRER E, ROMERA-DE PACO GM, SÁNCHEZ-SÁNCHEZ FC, GÓNGORA-JIMÉNEZ MV.</i>	
P-108.- EL DOLOR EN EL RECIÉN NACIDO: CÓMO CUANTIFICARLO.	350
<i>RUIZ-GÓMEZ E, PÉREZ ESPARZA-TORRES L, JIMÉNEZ-ROLDÁN F.</i>	
P-109.- LAS MATRONA SE REINVENTAN.	351
<i>VÁSQUEZ-LARA JM, RODRÍGUEZ-DÍAZ L, CARRILLO-VEGA E, MUÑOZ-VELA FJ, VÁSQUEZ-LARA MD, FERNÁNDEZ-CARRASCO FJ.</i>	
P-110.- COMPARAR TRATAMIENTO CONDUCTUAL REALIZADO POR MATRONAS VS ASOCIACIÓN DE ANTICOLINÉRGICOS EN MUJERES CON IN. URINARIA DE.	352
<i>ALIAGA-MARTÍNEZ F*, PRATS-RIBERA E, SISQUELLA-JUAN M, GARCÍA-BAEZA C, ECHEVARRIA-RAMOS M, RODERO-SALGUEIRO E.</i>	
P-111.- EL PARTO, ARMONÍA E INTIMIDAD. CAMPAÑA EDUCATIVA EN EL SERVICIO DE MATERNIDAD Y PARTOS.	353
<i>HURTADO C, DEL POZO L, RETAMA S, FERNÁNDEZ A.</i>	
P-112.- LA EDUCACIÓN MATERNAL A DEBATE. ¿ES ÚTIL EN EL MOMENTO DEL PARTO?.	354
<i>DEL POZO L, HURTADO C, RETAMA S, FERNÁNDEZ A.</i>	
P-113.- PROTOCOLO DEL ESTUDIO SOBRE LA EFECTIVIDAD DE LA ACUPUNTURA EN EL INICIO ESPONTÁNEO DEL PARTO.	355
<i>JIMÉNEZ-AROCA P, RAMÍREZ-MARTÍNEZ EI*, NAGORE-GONZÁLEZ L, CEREZO-CANTÓ A.</i>	



P-114.- DEPORTE Y EMBARAZO. ¿QUÉ DEBEMOS SABER?.	356
<i>JIMÉNEZ-LEBRÓN RM, JIMÉNEZ-RUZ A, NARANJO-ARIZA MI, HURTADO-ALGAR EM.</i>	
P-115.- RISOTERAPIA PARA EMBARAZADAS.	357
<i>SOLER J*, CARPENA FJ.</i>	
P-116.- BENEFICIOS DEL MASAJE INFANTIL.	358
<i>FERNÁNDEZ-ORDÓÑEZ E, PALOMO-GÓMEZ R *, TORRES-RUZ R.</i>	
P-117.- INFECCION CONGENITA POR CITOMEGALOVIRUS. EL PAPEL DE LA MATRONA EN SU PREVENCIÓN.	359
<i>PALACIOS-ANDRÉS L, CASTRO-PRADO C.</i>	
P-118.- EL MASAJE PERINEAL CON ACEITE, A PARTIR DE LAS SEMANAS 34-35 DE GESTACIÓN PARA PREVENIR LOS DESGARROS EN EL EXPULSIVO.	360
<i>ORTIZ-MÁRQUEZ M, ROLDÁN-VERGARA T* .</i>	
P-119.- MASAJE INFANTIL: GRANDES BENEFICIOS, POCA NECESIDAD DE INTERVENCIÓN.	361
<i>POSTIGO -LÓPEZ P*, LÓPEZ-GONZÁLEZ I, PERNAS-BARAHONA A, SOTO-HERRERO V, DE MULDER-MUYLAERT C, NUÑEZ-GARCÍA O.</i>	
P-120.- ENFERMEDAD DE CHAGAS Y EMBARAZO: CONSIDERACIONES PARA LA MATRONA.	362
<i>GALLARDO-TRUJILLO C*, GÁLVEZ-ESCALERA C, SALGUERO-CABALGANTE R, OLMO-SÁNCHEZ JJ.</i>	
P-121.- A PROPÓSITO DE UN CASO: VPH Y EMBARAZO.	363
<i>SALGUERO-CABALGANTE R, GÁLVEZ-ESCALERA C, GALLARDO-TRUJILLO C, SEVILLA-PALOMA JM.</i>	
P-122.- EDUCACIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES: ABORDAJE DE UNA ETAPA CLAVE.	364
<i>FERNÁNDEZ-REGUERO B, GARCÍA-DE LA ROSA A, SEVILLANO-LÓPEZ N, SÁNCHEZ-CALAMA A, GONZÁLEZ-DOMÍNGUEZ MJ.</i>	
P-123.- PERFIL DE LA USUARIA DEL I.V.E. FARMACOLÓGICO.	365
<i>PELLICER C, CARDONA C, MOMPIELA A, ARASA M, RODRÍGUEZ S, MORENO A.</i>	
P-124.- MUJERES INMIGRANTES Y ANTICONCEPCIÓN.	366
<i>ROMANO-SANTOS E, PATRICIO-PEÑA D*, MARCH-JARDI G, AGUILAR-BARTOLOMÉ I, BERNAL-VALVERDE B, FERNÁNDEZ-GONZÁLEZ B.</i>	
P-125.- EXISTE ALGUNA REALCIÓN ENTRE EL MASAJE PERINEAL Y LA INCIDENCIA DE EPISIOTOMIAS Y LACERACIONES?.	367
<i>PÉREZ-SALA O*, CARDONA-ESPUNY MC, HERNÁNDEZ-GÓMEZ A, FERRER-BALLESTE M, GASPARIN-PEDRAZA M, NAVASQUILLO-CALDERON A.</i>	
P-126.- VIAJES A ZONAS DE RIESGO EN LA EMBARAZADA: RECOMENDACIONES Y VACUNAS.	368
<i>COTE-GIL L, JIMÉNEZ-GALIANO AB, SEVILLANO-MANTAS M, GALINDO-MORENO I, DOMÍNGEZ-SIMÓN MJ*, CERVILLA-FERREIRO E.</i>	
P-127.- REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN GESTANTE Y CESÁREA PERIMORTEM. REVISIÓN SISTEMÁTICA.	369
<i>MARTÍN-MARTÍN R, GENTIL P, CARTES A, CRUZ S.</i>	
P-128.- ¿SON COMPATIBLES LOS ANTIDEPRESIVOS CON EL EMBARAZO?.	370
<i>LOZANO-BUENO S, CARRERA-ROS C, CARMONA-ROMERA A.</i>	
P-129.- ENFERMEDAD CELÍACA E INFERTILIDAD.	371
<i>CASTILLO-CASTRO E*, CROS-OTERO SJ, ZAPATA-VALERA M, VAELO-ROBLEDO A, BARBOSA-CHAVES MJ, GARCIA-GALÁN RE.</i>	
P-130.- HIPOTIROIDISMO Y GESTACIÓN. RIESGOS EN EL NEURODESARROLLO FETAL, CONSECUENCIAS FUTURAS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.	373
<i>CARTES A, CRUZ S, MARTÍN R, GENTIL P, MORICHE M, NUÑEZ JL.</i>	
P-131.- TRATAMIENTO PARA LOS SOFOCOS EN EL CLIMATERIO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.	374
<i>CARTES A, CRUZ S, MARTÍN R, GENTIL P, MORICHE M, MASERA MI.</i>	
P-132.- HIDRATACIÓN Y ALIMENTACIÓN EN EL TRABAJO DE PARTO.	375
<i>MURILLO M *, MARÍN A, ALCARAZ A, MARÍN I.</i>	
P-133.- BANCOS DE LECHE MATERNA:UNA FUENTE DE ORO BLANCO.	376
<i>ALARCÓN-TORIBIO Y*, CHAMIZO-MURILLO A, ECHEVARRÍA AMADO-LORIGA P, MARÍ-VILLAGRASA J.</i>	
P-134.- SATISFACCIÓN DE LAS MUJERES DE PARTO Y CARGA LABORAL DE LAS MATRONAS.	377
<i>CEREZO-MUNUERA A, MENÁRGUEZ-LUQUE A, ROMERO-RODRÍGUEZ S, SUÁREZ-CORTÉS M, SELVA-CABAÑERO P.</i>	
P-135.- MUERTES POR VIOLENCIA DE GENERO EN ESPAÑA: ¿SON EFECTIVAS LAS MEDIDAS LEGISLATIVAS IMPLANTADAS?.	378
<i>ONTIVÉROS-ROJAS E, LÓPEZ-SÁNCHEZ B, MARTÍNEZ-GARCÍA E, ÁVILA-CUADROS E, GARCÍA-DA SILVA A, GARCÍA-SÁEZ S.</i>	



P-136.- INFLUENCIA DE LA MUSICOTERAPIA SOBRE EL TRABAJO DE PARTO.	379
<i>SISTO B*, JEAN-PAUL S, RODRÍGUEZ A.</i>	
P-137.- BURNOUT DE MATRONAS ESPAÑOLAS QUE TRABAJAN EN HOSPITALES.	380
<i>CEREZO-MUNUERA A, MARTÍNEZ-JIMÉNEZ D, FUERTES-CÁNOVAS Y, SUÁREZ-CORTÉS M, MENÁRQUEZ-LUQUE A, SELVA-CABAÑERO P.</i>	
P-138.- MAPA DE RIESGO DE MUTILACION GENITAL FEMENINA EN ESPAÑA.	381
<i>MORIANA-LÓPEZ MB, SÁNCHEZ-ALIAS ME, MARTÍNEZ-GARCÍA E, LÓPEZ-SÁNCHEZ B, ONTIVEROS-ROJAS E, OLVERA-PORCEL MC.</i>	
P-139.- VIVENCIA DE LA SEXUALIDAD EN EL CLIMATERIO: PAPEL DE LA MATRONA.	382
<i>PAGÁN-MARÍN C*, PAGÁN-MARÍN L, DÍEZ-JOVER R, ORENES-BELLIDO MA, RUIZ-CHUMILLA MA, MARTÍN-MARTOS V.</i>	
P-140.- COLECHO: ALGO MÁS QUE COMPARTIR LA CAMA.	384
<i>GÓNGORA-JIMÉNEZ MV*, PALOMINO-SALVADOR PA, CONESA-AGÜERA A, GRACÍA-GOMEZ AM, PADILLA-CASAU C, REALES-FERRER E.</i>	
P-141.- FUNDAMENTOS PARA COLECHAR DE FORMA SEGURA.	385
<i>GUILLÉN-MARTÍNEZ A, MOLINA-RODRÍGUEZ A, RODRÍGUEZ-SÁNCHEZ V*, MARTÍNEZ-AMORES G, ROYO-MORALES T, PÉREZ-ABAD E.</i>	
P-142.- EDUCACIÓN INTERACTIVA EN DIABETES GESTACIONAL.	386
<i>LLADÓ RM, RAMOS L*, JARA E, GOTOR MC, RODRÍGUEZ M, ARRANZ A.</i>	
P-143.- A PROPOSITO DE UN CASO: DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA EN GESTANTE DE 39 S.G. CON PRE-ECLAMPSIA.	387
<i>GARCÍA-HERNÁNDEZ MC, LÓPEZ-LÓPEZ MI, LÓPEZ-GONZÁLEZ I, MARCO-ALEGRIA TD.</i>	
P-144.- INYECCIONES DE AGUA ESTÉRIL PARA EL ALIVIO DEL DOLOR DURANTE EL TRABAJO DE PARTO: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.	388
<i>PICÓN M*, ORENES MA, RUIZ MA, MARTIN V, GARRIDO R, PAGAN C.</i>	
P-145.- ESTUDIO SOBRE LA EFECTIVIDAD DEL DIU COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA.	389
<i>ROYO-MORALES T, PÉREZ-ABAD E, GUILLEN- MARTÍNEZ A, MOLINA-RODRÍGUEZ A, RODRÍGUEZ-SÁNCHEZ V, MARTÍNEZ-AMORES G*.</i>	
P-146.- Y DE TODOS ¿QUIÉN ES EL MEJOR?.	390
<i>NARANJO MI*, HURTADO M, JIMÉNEZ R, JIMÉNEZ A.</i>	
P-147.- REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO.	391
<i>GENTIL-ALPÉRIZ P, MARTÍN-MARTÍN R, CRUZ-GARCÍA S, CARTES-CUMBRERAS A, MORICHE-ROLDÁN M.</i>	
P-148.- REVISIÓN DE LA RECOMENDACIÓN DE RESTRICCIÓN DE SAL EN EMBARAZADAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA PRE-ECLAMPSIA.	392
<i>MIRANDA-MORENO MD*, AGEA-CANO I, RODRÍGUEZ-VILLAR V, MARTÍN-MARTÍN M.</i>	
P-149.- EFECTIVIDAD ANALGÉSICA DE LAS INYECCIONES DE AGUA ESTÉRIL.	393
<i>MIRANDA MD*, AGEA I, RODRÍGUEZ V, MARTÍN M.</i>	
P-150.- OPTIMIZACIÓN DE LA DONACIÓN DE S.C.U (EX -ÚTERO).	394
<i>MAILLO-PAREJO A, LUJAN-SOSA E, ROLDÁN-VERGARA T, MANZANO-MAURI M, HERNÁNDEZ-LISSEN-BONILLA P.</i>	
P-151.- INTERVENCIÓN DE LA MATRONA EN EMBARAZADAS CON ASMA BRONQUIAL.	395
<i>CARRERA-ROS CM, CARMONA-ROMERA AB, LOZANO-BUENO S.</i>	
P-152.- ANÁLISIS DEL USO DE ESCOPOLAMINA BUTILBROMURO (BUSCAPINA) DURANTE EL TRABAJO DE PARTO.	396
<i>GILART-CANTIZANO P, RODRÍGUEZ-VILLA S, CUTILLA-MUÑOZ AM.</i>	
P-153.- ALTERNATIVAS ANALGESICAS A LA EPIDURAL.	397
<i>JIMÉNEZ-RUZ A, NARANJO-ARIZA MI, HURTADO-ALGAR EM, JIMÉNEZ-LEBRÓN R.</i>	
P-154.- ATENCIÓN SOCIOSANITARIA ANTE LA DIVERSIDAD CULTURAL EN EL PARTORIO.	398
<i>NOGALES-MORENO AB*, CARRIÓN-RUS P, LÓPEZ-MARÍN R, FRUTOS-MOLINA D, CORTINA-VICTORIA M, LLANES-SAURA A.</i>	
P-155.- REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: EFECTIVIDAD DE LAS ISOFLAVONAS EN EL SÍNDROME CLIMATÉLICO.	399
<i>MENÁRGUEZ A*, FERRANDINI M, ROMERO S, CEREZO A, GONZALEZ D, MENÁRGUEZ ME.</i>	
P-157.- LACTANCIA DURANTE EL EMBARAZO Y LACTANCIA EN TÁNDEM.	400
<i>REALES-FERRER E, ROMERA-DE PACO GM, SÁNCHEZ-SÁNCHEZ FC, GÓNGORA-JIMÉNEZ MV, PALOMINO-SALVADOR PA, CONESA-AGÜERA A.</i>	
P-159.- LA SEXUALIDAD EN LA LACTANCIA MATERNA.	401
<i>CONESA-AGÜERA A, GARCÍA-GÓMEZ AM, PADILLA-CASAU C, REALES-FERRER E, ROMERA-DE PACO GM, SÁNCHEZ-SÁNCHEZ FC.</i>	



P-160.- LA LECHE MATERNA PARA LA CURA DEL CORDÓN UMBILICAL.	402
<i>ZAPATA-VALERA M, BURRIEZA-NUÑO MD, CARDENAS-DE COS C.</i>	
P-161.- MÉTODO CANGURO: ABRAZAME, ALIMENTAME, AMAME.	403
<i>GÓNGORA-JIMÉNEZ MV, CONESA-AGÜERA A*, ROMERA-DE PACO GM, PADILLA-CASAU C, PALOMINO-SALVADOR PA.</i>	
P-162.- LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, EL COMIENZO DE UN PROYECTO.	404
<i>PALOMINO-SALVADOR PA*, CONESA-AGÜERA A, GARCÍA-GÓMEZ AM, PADILLA-CASAÚ C, REALES-FERRER E, ROMERA-DE PACO GM.</i>	
P-163.- EL ROL DE LA MATRONA FRENTE A "LA LECHE INSUFICIENTE".	405
<i>GARCÍA-HERNÁNDEZ MC, LÓPEZ-LÓPEZ MI*.</i>	
P-165.- MAMAR CONOCIMIENTOS DESDE LA INFANCIA.	406
<i>PADILLA C, REALES E, ROMERA G, SÁNCHEZ F, GÓNGORA M, PALOMINO P.</i>	
P-166.- PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA A TRAVÉS DEL CONTACTO PRECOZ MADRE E HIJO POST-CESÁREA.	407
<i>ESPINOSA M*, FERNÁNDEZ M, MOHAMED I, RAMÍREZ A, RODRÍGUEZ L, VÁZQUEZ J.</i>	
P-167.- EL EAL (EPISODIO APARENTEMENTE LETAL) DURANTE EL CONTACTO PIEL CON PIEL. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.	408
<i>PÉREZ-SÁNCHEZ MD*, GONZÁLEZ-FUENTE LJ, CASTRO-ALONSO V, ALONSO-DÍAZ-CANO AM, FERRERAS-GARCÍA M, MARTÍNEZ-FERNÁNDEZ D.</i>	
P-168.- NOVEDADES EN COMPONENTES BIOACTIVOS DE LA LECHE MATERNA: EL MEJOR ALIMENTO FUNCIONAL.	409
<i>CONDE-PUERTAS E, MARÍN-ALONSO A*, HERNÁNDEZ-HERRERIAS I, LUQUE-LÓPEZ E, MUROS-NARANJO MC.</i>	
P-169.- LACTANCIA MATERNA Y COLECHO.	410
<i>MARTIN-MARTOS VR, RUIZ-CHUMILLA MA, ORENES-BELLIDO MA, PICÓN-CARMONA M, GARRIDO-CARREÑO R, PAGAN-MARÍN L.</i>	
P-170.- EL VÍNCULO AFECTIVO: NO ROMPAMOS LA CADENA.	411
<i>ROLDÁN A*, ROÉ T, LOSADA FJ, BASTEIRO E, ARRANZ A.</i>	
P-171.- PAPEL DEL MISOPROSTOL EN LA HPP PRIMARIA. UNA REVISIÓN.	412
<i>ROMERO-RODRÍGUEZ S*, MENÁRGUEZ-LUQUE A, FERRANDINI-PRICE M, CEREZO-MUNUERA A, GONZÁLEZ-SALAS D, ROMERO-RODRÍGUEZ A.</i>	
P-172.- REEDUCACIÓN DEL SUELO PÉLVICO EN EL PREPARTO Y POSPARTO.	413
<i>TORRES-MORENO V, MONTES-GONZÁLEZ I, ROSEAN-VILA R, BARRIENTOS-RODRÍGUEZ V.</i>	
P-173.- ATENCIÓN A UNA MUJER PUÉRPERA CON EPISIOTOMÍA ESFACELADA TRAS PARTO INSTRUMENTADO EN CONSULTA DE LA MATRONA DE PRIMARIA.	414
<i>SÁNCHEZ-TERRER ME*, MARTÍNEZ-BIENVENIDO E, GÓMEZ-LÓPEZ A, POSTIGO-MOTA P.</i>	
P-174.- BIOMECÁNICA DE PARTO.BENEFICIOS MATERNO-FETALES ASOCIADOS A POSICIONES NO SUPINAS EN EL PARTO.	415
<i>DE LA ROSA-GARCÍA A, FERNÁNDEZ-REGUERO B, SEVILLANO-LÓPEZ N, SÁNCHEZ-CALAMA A, GONZÁLEZ-DOMÍNGUEZ MJ.</i>	
P-175.- ¿POR QUÉ SOMETER A AYUNO DURANTE EL PARTO DE BAJO RIESGO?.	416
<i>PADILLA C, ROMERA G, GÓNGORA M, CONESA A, PALOMINO P.</i>	
P-176.- MOVILIZACIÓN PÉLVICA: FAVORECIENDO EL DESCENSO FETAL.	417
<i>GOMIS-SÁNCHEZ P, GARCÍA-PINTOR S, ORTÍZ-ZURITA A, RUIZ-VIDOY C.</i>	
P-177.- HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR: NUEVO HOSPITAL Y NUEVAS POSIBILIDADES.	418
<i>ROMERO-RODRÍGUEZ S*, FERRANDINI-PRICE M, MENÁRGUEZ-LUQUE A, CEREZO-MUNUERA A, GONZÁLEZ-SALAS D, ROMERO-RODRÍGUEZ A.</i>	
P-178.- PROPUESTA DE ACTUACIÓN PSICOSOMÁTICA PARA LA ATENCIÓN DE LOS PADRES QUE SUFREN UNA MUERTE FETAL Y SU PROCESO DE PARTO.	419
<i>PAGÁN-MARÍN L, PAGÁN-MARÍN C*, PICÓN-CARMONA M, LÓPEZ-ROSUA L, PÉREZ-YUSTE P.</i>	
P-179.- ALUMBRAMIENTO ACTIVO VS ALUMBRAMIENTO FISIOLÓGICO.	420
<i>MARTÍNEZ-MARTÍNEZ MI, MORENO-QUINTANA L.</i>	
P-180.- ACOMPAÑANDO EN EL DUELO.	421
<i>MOGÍO I, DE TENA T.</i>	
P-181.- DANZA ORIENTAL EN EL EMBARAZO Y PARTO.	422
<i>ECHEVARRÍA-AMADO-LORIGA P*, CHAMIZO-MURILLO A, ALARCÓN-TORIBIO Y, MARÍ-VILLAGRASA J.</i>	
P-182.- CONTROL Y SEGUIMIENTO DE GESTANTES VEGETARIANAS.	423
<i>CARAVACA-BERENGUER MJ, PARDO-MARTÍNEZ N, SERRANO-GÓMEZ SM, DEL ARCO-RAMOS P, OSETE-BAÑOS S, CARAVACA-BERENGUER AM.</i>	



P-183.- EL MÉTODO PILATES EN EL EMBARAZO.	424
<i>FERIA-RAMÍREZ MC*, GARCÍA-LIGERO IC.</i>	
P-184.- ANISAKIS: REPERCUSIONES EN EL EMBARAZO Y CONSEJOS DIETÉTICOS PARA EVITAR LA INFECCIÓN POR EL PARÁSITO.	425
<i>SÁNCHEZ P*, FERNÁNDEZ E, GÁLVEZ B, PALOMO R, .</i>	
P-185.- LA SOCIALIZACIÓN DE LA NATURALEZA: A PROPÓSITO DE LA REPRODUCCIÓN HUMANA.	426
<i>MENÁRGUEZ A, ROMERO S, FERRANDINI M, CEREZO A, GONZÁLEZ D.</i>	
P-186.- SULFATO DE MAGNESIO: NEUROPROTECCIÓN EN PREMATUROS.	427
<i>SERRANO-GÓMEZ SM, PARDO-MARTÍNEZ N, CARAVACA-BERENGUER MJ, DEL ARCO-RAMOS P, OSETE-BAÑOS S, PARDO-MARTÍNEZ A.</i>	
P-187.- SULFATO DE MAGNESIO Y PREVENCIÓN DEL DAÑO CEREBRAL EN PREMATUROS.	428
<i>GARRIDO-CARREÑO R*, MORILLAS-GUIJARRO D, PICÓN-CARMONA M, ORENES-BELLIDO MA, MARTÍN-MARTOS V, RUIZ-CHUMILLA MA.</i>	
P-188.- INCOMPATIBILIDAD RH, ERITROBLASTOSIS FETAL Y ADMINISTRACIÓN DE INMUNOGLOBULINA ANTI-D EN EL EMBARAZO.	429
<i>RUIZ-CHUMILLA M*, MARTÍN-MARTOS V, ORENES-BELLIDO M, PICÓN-CARMONA M, GARRIDO-CARREÑO R, PAGÁN-MARÍN C.</i>	
P-189.- ARANDANOS PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES URINARIAS EN EMBARAZADAS.	430
<i>PÉREZ ESPARZA-TORRES L, REYES-JIMÉNEZ S, RUÍZ-GÓMEZ E, SÁNCHEZ-HERRERA S.</i>	
P-190.- TU BOCA TAMBIEN ES IMPORTANTE.	431
<i>RAMÍREZ-PELÁEZ H, SESMERO-GAMBÍN MC, MAJÓN-SESMERO C, GONZÁLEZ -MUÑOZ E.</i>	
P-191.- EL COLECHO: UNA PRÁCTICA SEGURA Y BENEFICIOSA.	432
<i>RUÍZ MJ, LÓPEZ D, ROMEU M*, MARTÍNEZ N, FERNÁNDEZ J, PALOMO R.</i>	
P-192.- ACTUACIÓN DE LA MATRONA EN EL USO DE LA MOXIBUSTIÓN Y MANEJO POSTURAL COMO TERAPIAS ALTERNATIVAS A LA VERSIÓN EXTERNA.	433
<i>JIMÉNEZ R*, DÍAZ D, GÁLVEZ C.</i>	
P-193.- SEXUALIDAD PERICONCEPCIONAL, GESTACIONAL Y POSTNATAL.	434
<i>GAVILÁN-DÍAZ M, GALLEGU-MOLINA J, PÉREZ-CABALLERO A, HERNÁNDEZ-RABAL M, VÁZQUEZ-SÁNCHEZ M, PALOMO-GÓMEZ R.</i>	
P-194.- INTERVENCIONES AFECTIVO-SEXUALES EN LOS INSTITUTOS A PROPOSITO DE UN TALLER: "ROMBO DE PRIORIDADES".	435
<i>FERNANDEZ-SUSO MV*, MARCH-JARDI G, RAMÍREZ-ROMERO M, PINTO-REINA T, MORENO-RUIZ G, BAYARRI-FERNÁNDEZ MJ.</i>	
P-195.- PROLAPSO DE CORDÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO.	436
<i>TEJERO-REYES N*, CHAMIZO-MURILLO A, TEJERO-REYES N.</i>	
P-196.- AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA.	437
<i>NAVARRO-TOLOSA MJ*, BORRÀS-BENTANACHS E, ROIG-GARCÍA C, MITJANS-MONTOLIU E.</i>	
P-197.- SITUACIÓN ACTUAL DE LA MUJER EN LA SOCIEDAD ESPAÑOLA.	438
<i>SÁNCHEZ-ALIAS ME, MORIANA-LÓPEZ MB, MARTÍNEZ-GARCÍA E, GARCÍA-DA SILVA AB, ÁVILA-CUADROS E, SANTOS-GARCÍA A.</i>	
P-198.- ROTURA PRMATURA DE MEMBRANAS: EXPECTACIÓN O MANEJO ACTIVO.	439
<i>RODRÍGUEZ-VILLAR V, MARTÍN-MARTÍN M, MIRANDA-MORENO MD, AGEA-CANO I.</i>	
P-199.- EXPERIENCIA DE LAS MATRONAS EN LA IMPARTICIÓN DE UN TALLER DE EDUCACIÓN SEXUALIDAD A DISCAPACITADOS PSÍQUICOS.	440
<i>RODRÍGUEZ-DÍAZ L, VÁZQUEZ-LARA JM, CARRILLO-VEGA E, MUÑOZ-VELA FJ, VÁZQUEZ-LARA MD, FERNÁNDEZ-CARRASCO FJ.</i>	
P-200.- CRIBADO DE CANCER DE CUELLO UTERINO EN EL ASSIR BAGES.	441
<i>RAMOS-RASTRERO MC, RIBA-TRAVÉ MT, CODINA-PONS R, PASCUAL-ARGUEDAS A, VILASECA-GRANÉ A.</i>	
P-201.- LA MATRONA Y EL TRABAJO INTERSECTORIAL EN EL MEDIO RURAL.	442
<i>JURADO-GARCIA E, BAENA-ANTEQUERA F, RUÍZ-FERRON C.</i>	
P-202.- MÉTODOS DE ESTIMULACIÓN FETAL EN RCTG NO REACTIVOS. EVIDENCIA CIENTÍFICA.	443
<i>HURTADO C, RETAMA S, DEL POZO L, FERNÁNDEZ A.</i>	
P-203.- PROTECCIÓN DEL PERINÉ: "HANDS ON" VS "HANDS OFF".	444
<i>PALACIOS-ANDRÉS L*, CASTRO-PRADO C, REPULLO-CARMONA B.</i>	
P-204.- ALTERNATIVAS PARA LA VALORACIÓN DE LA DILATACIÓN CERVICAL.	445
<i>CAMPOS-MARTÍNEZ A*, CAMACHO-ÁVILA M, MÍNGUEZ-ANDREU G, HERNÁNDEZ SÁNCHEZ E.</i>	
P-205.- LA MATRONA, PILAR BÁSICO EN LA ATENCIÓN AL PARTO MULTICULTURAL.	446
<i>BUENO-MONTERO E*, FERNÁNDEZ-ZÁRATE M.</i>	



P-206.- OXIDO NITROSO, UNA OPCIÓN MÁS EN LA ANALGESÍA DEL TRABAJO DE PARTO DESDE 1970.	448
<i>ROQUE-MARTÍNEZ MC*, MOYA-COBOS A, REYES-MORILLAS M.</i>	
P-207.- LAS COMPLICACIONES OBSTETRICAS DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA.	449
<i>CRUZ S, CARTES A, GENTIL P, MARTÍN R, MORICHE M, MASERA M.</i>	
P-208.- INYECCION DE AGUA ESTERIL EN EL ROMBO DE MICHAELIS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO.	450
<i>LLATAS M.J, BAZAGA P, CARNICER M*, RENEDO N, BONELL J, ZORNOZA E.</i>	
P-209.- POR UN PARTO EN MOVIMIENTO.	451
<i>LLORENS C, CASADO M, MONTSERRAT N.</i>	
P-210.- INGESTIÓN DE LÍQUIDOS Y SÓLIDOS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO.	452
<i>HURTADO M*, JIMÉNEZ R, JIMÉNEZ A, NARANJO MI.</i>	
P-211.- MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS PARA EL ALIVIO DEL DOLOR DURANTE LA PRIMERA ETAPA DEL PARTO.	453
<i>COLLELL-PONS E*, PÉREZ-MELERO R, JIMÉNEZ-GONZÁLEZ MO, CANTIZANO-DÍAZ A.</i>	
P-212.- LA FISIOLÓGÍA DEL PARTO: LA GRAN OLVIDADA.	454
<i>CAMACHO-ÁVILA M*, RODRÍGUEZ-VILLA S, BECERRA-GONZÁLEZ A.</i>	
P-213.- MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS VS ANALGESIA EPIDURAL EN EL ALIVIO DEL DOLOR DE PARTO.	455
<i>LÓPEZ-MARÍN R*, FRUTOS-MOLINA D, LLANES-SAURA A, CORTINA-VICTORIA M, NOGALES-MORENO AB, CARRIÓN-RUS P.</i>	
P-217.- ASESORAMIENTO DE LA MATRONA ANTE UNA GESTACIÓN NO DESEADA.	456
<i>TARRÉS-ROVIRA J, DíEZ-CANO R, PUJOL-VILA M, LASO-COZAR J, MORENO-IGLESIAS R, TRUJILLO-PINTOR I.</i>	
P-218.- VIOLENCIA DE GÉNERO Y EMBARAZO. PAPEL DE LA MATRONA.	457
<i>MORENO-IGLESIAS R, LASO-COZAR J, TARRÉS-ROVIRA J, DIEZ-CANO R, TORRES-MORENO V.</i>	
P-219.- ACTITUD DE LA MATRONA ANTE PATOLOGÍAS PODOLÓGICAS EN EL EMBARAZO.	458
<i>OSETE-BAÑOS S*, DEL ARCO-RAMOS P, PARDO-MARTÍNEZ N, SERRANO-GÓMEZ S, CARAVACA-BERENGUER MJ, SÁNCHEZ-SÁNCHEZ FC.</i>	
P-220.- PROTECCIÓN DE LA MATERNIDAD EN EL ENTORNO LABORAL. REVISIÓN Y CRÍTICA.	459
<i>BERMÚDEZ-RUIZ MI*, OLMO-NAVARRO JE, LOZANO-MARTÍNEZ D.</i>	
P-221.- ELABORACIÓN DE UN TRÍPTICO: EL EJERCICIO EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.	460
<i>FERIA-RAMÍREZ MC*, GARCÍA-LIGERO IC.</i>	
P-222.- UNIFICACIÓN DE CRITERIOS PARA LA PREVENCIÓN DE LA TOXOPLASMOSIS. TRABAJANDO POR LA IDENTIDAD DE LA PROFESIÓN.	461
<i>FERRANDINI-PRICE M*, ROMERO-RODRÍGUEZ S, MENÁRGUEZ-LUQUE A, CEREZO-MUNUERA A, GONZÁLEZ-SALAS D, ROMERO-RODRÍGUEZ A.</i>	
P-223.- PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA ANTE LA MUERTE NEONATAL. LA MATRONA COMO PROFESIONAL CLAVE.	462
<i>FERRANDINI-PRICE M*, MENÁRGUEZ-LUQUE A, ROMERO-RODRÍGUEZ S, CEREZO-MUNUERA A, GONZÁLEZ-SALAS D, ROMERO-RODRÍGUEZ A.</i>	
P-224.- BACTERIURIA EN EL PUERPERIO INMEDIATO: FACTORES QUE INFLUYEN EN SU APARICIÓN.	463
<i>OLMO-GARCÍA G, REYES-JIMENEZ S*, APARICIO-ORDOÑEZ I, SÁNCHEZ-MATEOS C, OLMO-GARCÍA M, NAVARRO-MUÑOZ F.</i>	
P-225.- INFLUENCIA DEL PARTO MEDIANTE CESAREA VS VAGINAL EN RELACION A LA LACTANCIA MATERNA PRECOZ.	464
<i>MARTÍN-MARTOS VR, RUIZ-CHUMILLA MA, ORENES-BELLIDO MA, PICON-CARMONA M, PAGAN-MARÍN C, GARRIDO-CARREÑO R.</i>	
P-226.- ABCESO MAMARIO: A PROPOSITO DE UN CASO.	465
<i>MARTÍNEZ-BIENVENIDO E*, SÁNCHEZ-TERRER ME, POSTIGO-MOTA F, GÓMEZ-LÓPEZ A.</i>	
P-227.- CONTACTO PIEL CON PIEL :REVISION DE LAS EVIDENCIAS CIENTIFICAS.	466
<i>LOZANO-MARTÍNEZ D, BERMÚDEZ-RUIZ MI, OLMO-NAVARRO JE.</i>	
P-228.- DEPRESIÓN PUERPERAL: FACTORES DE RIESGO EN NUESTRO ENTORNO.	467
<i>PARDO-MARTÍNEZ N*, CARAVACA-BERENGUER MJ, SERRANO-GÓMEZ SM, DEL ARCO-RAMOS P, OSETE-BAÑOS S, SEGUNDO-ORTÍN MV.</i>	
P-230.- RELACTACIÓN: UNA SEGUNDA OPORTUNIDAD.	468
<i>JEAN-PAUL-ROMERO S*, RODRÍGUEZ-BLANCO A, SISTO-ALCONCHEL B, GILART-CANTIZANO P, MOLINA-MADUEÑO R, MARTÍN-CARABALLO Y.</i>	
P-231.- APOYO A LA LACTANCIA EN LA POBLACIÓN ASISTIDA EN LOS HOSPITALES.	469
<i>GRACIA-HERMOSO M, MÉRIDA-YÁÑEZ B, MARTÍN-RUIZ I, GILART-CANTIZANO P.</i>	



P-232.- ATONIA UTERINA TRAS PARTO GEMELAR A PROPÓSITO DE UN CASO.	470
<i>VELÁZQUEZ-MARIN J, SÁNCHEZ-CÁNOVAS S, GOMARIZ-SANDOVAL MJ, SÁNCHEZ-GARCÍA MJ.</i>	
P-233.- MASTITIS, ETIOLOGÍA Y TRATAMIENTO CON PROBIÓTICOS.	471
<i>GARCÍA-VELÁRDEZ E*, SAYAGO-ÁLVAREZ ME, RAMIRO-FIGUEROA MJ, DURÁN-VENERA R, PIÑERO-NAVERO S.</i>	
P-234.- EFECTOS DEL EMBARAZO EN DEPORTISTAS DE COMPETICIÓN.	472
<i>OLIVA-PÉREZ J, MORILLAS-GUIJARRO D, JIMÉNEZ-JAÉN F, DEL ARCO-RAMOS P, ARCE-MAURE C.</i>	
P-235.- CHUPETE: ¿SÍ O NO?.	473
<i>RODRÍGUEZ-BLANCO A, SISTO-ALCONCHEL B, JEAN-PAUL-ROMERO S, GILART-CANTIZANO P.</i>	
P-236.- ESFERODINAMIA EN LA GESTACIÓN Y LOS PRODROMOS DE PARTO.	474
<i>GARCÍA-HERMOSO M, MARTÍN-RUIZ MI, GILART-CANTIZANO P, SISTO-ALCONCHEL B, MÉRIDA-YAÑEZ B, JEAN-PAUL-ROMERO S.</i>	
P-237.- RECOMENDACIONES NUTRICIONALES EN LA EMBARAZADA.	475
<i>GRACIA-HERMOSO M, MÉRIDA-YAÑEZ B, GILART-CANTIZANO P, MARTÍN-RUIZ I.</i>	
P-238.- TRASTORNO DE DEFICID DE ATENCION EN LA INFANCIA: FUMADORES PASIVOS.	477
<i>JEAN-PAUL-ROMERO S*, MOLINA-MADUEÑO R, RODRÍGUEZ-BLANCO A, SISTO-ALCONCHEL B, MARTÍN-CARABALLO Y, BUYTRAGO-PALOMINO S.</i>	
P-239.- EFECTOS EN LA SALUD DE LA PRIMERA INFANCIA RELACIONADOS CON EL PARTO INDUCIDO.	478
<i>PATIÑO M*, GARRIDO R.</i>	
P-240.- EXPERIENCIA DE TRES AÑOS EN LA COLOCACIÓN DE IMPLANTES SUBCUTANEO ANTICONCEPTIVOS.	479
<i>ESPINACO-GARRIDO MJ, ROMAN-OLIVER J, ESPINACO-GARRIDO P, MARTÍN-MOCHALES E, LARA-MONTERO AM.</i>	
P-241.- ESTUDIO SOBRE LA ALIMENTACIÓN DE LAS GESTANTES EN NUESTRO ENTORNO.	480
<i>GASSOL MN, CABRERIZO P, TORRUELLA I, MOVELLAN M, ORTEGA C.</i>	
P-242.- REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA EN LA MUJER EMBARAZADA.	481
<i>MAYORAL-CÉSAR V *, CASADO-FERNÁNDEZ LE., GARRIDO-LÓPEZ M, LUQUE-LEÓN M.</i>	



P-001.- ANALGESIA INHALATORIA: ALTERNATIVA EFICAZ EN EL TRABAJO DE PARTO.

HERNÁNDEZ-RABAL M*, PALOMO-GÓMEZ R, FLORES-GARCÍA MA, GAVILÁN-DÍAZ M, GALLEGU-MOLINA J, FERNÁNDEZ-ORDOÑEZ E.

HOSPITAL CARLOS HAYA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Dar a conocer la opción de analgesia inhalatoria para el trabajo de parto. Proponer su uso en más hospitales de España. **MÉTODOS:** Búsqueda bibliográfica en base de datos Cuiden, Medline y en guías de práctica clínica. **RESULTADOS:** La utilización de Oxido Nitroso (N₂O) en mezcla al 50% con Oxígeno es una alternativa eficaz en analgesia del trabajo de parto. En países como Canadá, Inglaterra, Finlandia, Suecia y Australia, se ha reportado utilización de esta técnica analgésica en el 40 al 60 % de los nacimientos. El N₂O es fácil de administrar, tiene una latencia y término de efecto cortos, no deprime la contractilidad uterina, no afecta al feto ó al recién nacido, ni afecta la lactancia. En concentraciones de hasta 50%, es segura la auto-administración materna bajo vigilancia médica. Su efecto al inhalarlo neutraliza las transmisiones nerviosas cerebrales, entre ellas las del dolor. El óxido nitroso actúa limitando la sinapsis y transmisión neuronal en el Sistema Nervioso Central. La persona al tomarlo siente un mareo y relajación agradables que puede dar lugar a la risa cuando no hay dolor. Como el efecto del gas se empieza a notar a los 20 segundos de empezar a tomarlo, pero el pico de analgesia lograda llega a los 40 - 50 segundos, lo más importante es el momento en el que se empieza a usar. Cuando la madre nota que le va a llegar una contracción debe empezar a succionar. En el pico de la contracción también llegará el pico de la analgesia. La mayoría de mujeres que hacen un uso correcto están satisfechas durante la mayor parte del proceso, aunque eso no impide que algunas en un momento dado soliciten otro tipo de analgesia complementaria. **Contraindicaciones:** madres epilépticas o problemas del SNC, neumotórax, bajo nivel de consciencia, obstrucción intestinal, EPOC. **DISCUSION:** El uso de óxido nitroso es una forma de analgesia de elección para el parto que reduce considerablemente la necesidad de otras formas de analgesia que resultan más costosas y que comportan riesgo para el bebé y la madre o de la ausencia de analgesia. Es la más accesible y rápida, además de controlable por la usuaria. Las madres manifiestan satisfacción con este método, obteniendo el resultado de un parto natural y normal en la mayoría de los casos. En vista de todo esto y de que su uso reduce considerablemente los costes de paritorios y ahorra en camas postparto, propongo su uso en más hospitales de España.



P-002.- PLAN DE NACIMIENTO LOTUS EN HOSPITAL.

VÁZQUEZ G, AMORÓS A, WATERS S, MOLINA R.

CAP PARE CLARET, ASSIR DRETA.

RESUMEN.

INTRODUCCIÓN: El Nacimiento Lotus (NL) es una práctica ancestral de culturas africanas e hindúes, la cual se basa en no cortar el cordón umbilical tras el nacimiento. La placenta y el cordón quedan unidos y se van secando hasta que, entre el 3º y 10º día postparto, se separan del bebé. La placenta puede guardarse en un cesto o cuenco junto con sal marina y aceites esenciales. Aunque es una práctica poco conocida, cada vez más, las parejas deciden quedarse con la placenta y realizar ellos mismos la técnica no-separación entre el recién nacido y el cordón. En el marco legal encontramos el Decreto 101/1995, de 18 de Abril, por el que se determinan los derechos de los padres y de los niños durante el proceso de nacimiento. También existe el Real Decreto 411/1996 art. 2.1, donde la placenta se excluye como tejido humano y se considera como tejido de desecho. Para la realización de un plan de parto debemos tener en cuenta la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 274. OBJETIVO: Conocer si existe algún plan de nacimiento hospitalario que contemple la opción de poder realizar un NL en dicho centro hospitalario. METODOS: Se ha realizado una revisión de los planes de parto de varios hospitales y de algunas asociaciones científicas de nuestro país y se ha comparado las diferentes alternativas en el apartado del alumbramiento (pinzamiento del cordón y placenta). RESULTADOS: No consta en ninguno de los planes de parto revisados la opción de NL, sólo en un hospital se da la posibilidad que las parejas se lleven la placenta a su domicilio. En los planes de parto sólo existen las siguientes opciones: persona que cortará el cordón, pinzamiento precoz de cordón, no cortarlo hasta que deje de latir, donación de cordón (pública o privada) o ninguna preferencia al respecto. Tras esta revisión, las autoras de este póster han realizado un nuevo modelo de plan de parto hospitalario donde consta el NL. El documento (fig 1) se puede adjuntar al plan de nacimiento de cada hospital. DISCUSION: El formato de la mayoría de los planes de parto revisados sólo ofrecen opciones ya predeterminadas por el propio hospital. De estos planes ninguno ofrece la posibilidad de hacer un NL. Por tanto, consideramos oportuno que exista un párrafo al final del plan para que la pareja pueda añadir otras expectativas no contempladas anteriormente o bien ofrecer directamente la opción de un NL.



P-003.- LA ETAPA DEL POST PARTO EN LAS DIFERENTES CULTURAS.

MONTERO L, ROJAS M, BIURRUM A.

HOSPITAL PARC TAULÍ (SABADELL).

RESUMEN.

El puerperio es el período que inmediatamente sigue al parto que se extiende de 6 a 8 semanas después del parto. Tiempo necesario para que el cuerpo femenino vuelva al estado inicial. Dicho esto parece que este proceso tenga que ser igual para todas las culturas. Nosotras vemos que dentro de cada cultura el puerperio tiene unos rasgos característicos y que la vivencia es distinta para cada mujer y que el factor cultural es muy influyente. España un país con mucha corriente inmigrante, hemos creído oportuno hacer un estudio descriptivo del post parto en diferentes culturas; China, Musulmana y Sud - Americana donde expresamos los rasgos más característicos y distintivos de cada cultura. Para poder enriquecer nuestra actividad asistencial y ser más cercanas en el momento de acompañarlas en este proceso.



P-005.- PARTO VAGINAL TRAS CESAREA.

DEL POZO L*, RETAMA S, HURTADO C, FERNÁNDEZ A.

HOSPITAL PUNTA EUROPA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Revisar la controversia en el tema, pro y contras del intento de parto vaginal tras cesárea y comprobar que el hecho de tener una cesárea anterior no tiene por qué suponer una obligación a someterse a cesáreas posteriores. Confirmar la seguridad de este hecho, así como tener en cuenta las posibles complicaciones. Dejar constancia de la diferencia significativa entre uno y otro proceso en lo que se refiere a aspectos que rodean **al embarazo (diabetes, gemelares...)** **METODOS:** Mediante una revisión exhaustiva de estudios existentes, así como un estudio realizado en nuestro propio hospital en el que se puede constatar el porcentaje de mujeres con éxito de parto vaginal al someterse a trabajo de parto teniendo como antecedente una cesárea. **DISCUSION Y RESULTADOS:** Pese a la reticencia que existe entre muchos profesionales a someter a una mujer con cesárea anterior a intento de parto y pese a la ignorancia de mucha de estas mujeres, comprobaremos que las cesáreas disminuyen cada vez más en nuestro medio y que el intento de parto aumenta.



P-007.- ALTERNATIVAS PARA EL ALIVIO DEL DOLOR DE TRABAJO DE PARTO.

ALONSO-ESCALANTE I*, RAMOS-MARTÍNEZ C, MORICHE-ROLDÁN M.

H.U.VALME.

RESUMEN.

Cada vez son más las mujeres que prefieren un parto de baja intervención, evitando métodos farmacológicos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto y optando por métodos complementarios. Como MATERIAL Y METODO este póster resume la revisión bibliográfica realizada con el OBJETIVO de evidenciar la eficacia de las estrategias no farmacológicas para aliviar el dolor durante el proceso del parto; y valorar la satisfacción de la mujer en relación a su proceso al finalizar el trabajo de parto. Científicamente, este tipo de medidas, demuestra los beneficios de su uso: aumenta la relajación materna, reduce la necesidad de analgesia, los periodos del parto se acortan, y todo ello sin efectos que perjudiquen a la madre y al bebé. Entre las prácticas no medicamentosas, se ha estudiado el uso de la acupuntura, la acupresión, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, aromaterapia, audioanalgesia, hipnosis, masajes, relajación, opiáceos, inmersión en agua, pelota, homeopatía, acompañamiento, fomento del movimiento y reflexología durante el parto. La trascendencia del tema viene de la mano de la demanda actual, sobre métodos alternativos a la analgesia epidural para alivio del dolor, de las gestantes en trabajo de parto. A esto se le suma la carencia de evidencia científica referente a la temática, lo que supone un desconocimiento en relación a los posibles efectos adversos derivados de su administración. Por otra parte, no existen un consenso de criterios por parte de los profesionales y éstos no están cualificados para llevar a cabo estas alternativas. Como obstáculo importante a la realización y estudio de estas técnicas esta el que las agencias acreditadoras de los cursos, talleres y demás de estos temas no los acreditan con lo cual los profesionales tenemos una carencia importante en esta formación y no se pueden realizar investigaciones que prueben los beneficios que estas técnicas suponen a las mujeres.



P-008.- VALORACIÓN DE LOS PARTOS EUTÓCICOS EN NUESTRO HOSPITAL.

CASTELLARNAU-BERTRAN L, ROGÉ-TORRA R, FERRER-GIL M, FÀBREGA-SABATÉ J, SERRET-PUIGPELAT R, VILA-BACH A.

FUNDACIÓN SANT HOSPITAL LA SEU D'URGELL.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Por ley en nuestro país las matronas deben atender el parto normal en presentación de vértice, incluyendo, si es necesario, la episiotomía y, en caso de urgencia, atender el parto en presentación de nalgas. También la Cochrane considera las matronas el personal más adecuado para realizar partos eutócicos. En nuestro hospital, comarcal con aislamiento geográfico, los partos eutócicos se comparten entre ginecólogos y matronas. Se pretende evaluar en los partos eutócicos la posible lesión en periné y el testing vaginal (tmv) comparando los partos realizados por ginecólogos vs matronas. METODOS: Se revisan, mediante las bases de datos del servicio y la historia clínica de Atención Primaria, y previo consentimiento, los resultados de todos los partos eutócicos atendidos en nuestro centro desde 01/01/2010 a 31/05/2012. Se recoge la lesión en periné, realización de episiotomía, el tmv (según la escala de Oxford modificada y valorados todos por la misma profesional) y otros datos que podrían ser factor de confusión (peso del bebe, pH...). Estos datos se analizan estadísticamente mediante el programa G-stat 2.0. RESULTADOS: Se han realizado un total de 203 partos eutócicos (55% del total): 103 (50.74%) por matronas y 100 (49.26%) por ginecólogos. Ambos grupos son homogéneos en cuanto a edad gestacional (39,2 +/- 1,2 SG vs 39,1 +/- 1,6 SG), peso del bebé (3145 gr +/- 381,7gr vs 3190 +/- 469,7gr) y pH cordón (7,28 +/- 0,1 vs 7,30 +/- 0,1), sin diferencias estadísticamente significativas entre ellos. El periné íntegro se presenta en 15.76% de los casos por matronas vs 12.32% de ginecólogos ($p < 0,33$). El desgarro perineal por grupos es: tipo 1: 20.20% vs 10.84% ($p < 0,0061$); tipo 2: 7.88 % vs 4.93% ($p < 0,2382$); sin presentar ningún caso de tipo 3 y 4 en ninguno de los 2 grupos. La realización de episiotomía es del 6.90 % en el grupo de matronas vs un 21.18% en los ginecólogos ($p < 0,0001$). El tmv se pudo valorar en 75 casos, encontrando los tmv para matronas con una media de 1,81 +/- 1,15 vs los ginecólogos con una media de 2,34 +/- 0,96 ($p < 0,033$). DISCUSION: Aunque para hacer una valoración completa de la afectación del periné se necesitaría un seguimiento a más largo plazo, estos datos son coincidentes con los de la literatura, y vienen a reforzar que, en nuestro centro, la matrona es un profesional perfectamente capacitado para la realización del parto eutócico.



P-009.- ¿SE LLEVA A LA PRÁCTICA HOSPITALARIA EL PLAN DE PARTO?.

GARCÍA-MENDOZA I.M, GONZÁLEZ-SEGURA R, BENAYAS-PÉREZ N, JÓDAR-MARTÍN MR, JIMÉNEZ-LECHUGA MD, NIETO-RABANEDA V.

HOSPITAL DE PONIENTE.

RESUMEN.

OBJETIVO: Promocionar el plan de parto tanto a las usuarias como a los profesionales de salud, en el ámbito hospitalario, para de esta forma conseguir una mayor calidad y calidez en el proceso de parto. MATERIAL Y METODO: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos tales como Medline, Cuiden, páginas web y documentos oficiales. Para ello efectuamos un esquema donde se detalla el uso del plan de parto, en atención primaria y especializada, por los profesionales de la salud. RESULTADOS: Se ha realizado un esquema donde se muestra cómo debería utilizarse el plan de parto en el ámbito hospitalario. En la planta la matrona debe: **1. Preguntar si ha realizado un Plan de Parto y Nacimiento. 2. Revisar y aclarar dudas. 3. Transcribir los datos en la "Hoja de Registro sobre Plan de Parto y Nacimiento".** En el Paritorio la matrona debe: **1. Revisar la hoja de Registro del Plan de Parto y Nacimiento. 2. Informar de las circunstancias que motivan un cambio. 3. Solicitar su consentimiento. 4. Reflejado en la "Hoja de Registro sobre Plan de Parto y Nacimiento". 5. Explicar el motivo de esta desviación a lo solicitado por la mujer.** Al alta hospitalaria se entrega el Plan original a la usuaria, permaneciendo en la historia clínica la Hoja de Registro. DISCUSION: El plan de parto como derecho de la mujer, debe ser ofertado a todas las mujeres, y respetado al máximo en el momento del parto.



P-010.- PARIR EN CASA.

GARCÍA-MENDOZA IM, GONZÁLEZ-SEGURA R, BENAYAS-PÉREZ N, JÓDAR-MARTÍN MR, JIMÉNEZ-LECHUGA MD, NIETO-RABANEDA V.

HOSPITAL DE PONIENTE.

RESUMEN.

Cada vez son más las parejas que buscan formas distintas de recibir a su hijo, aunque las alternativas al medio hospitalario son escasas, para buena parte de la clase médica nacer en casa es un imprudente regreso al pasado. Alternativas como las casas de parto o las habitaciones especiales en los propios hospitales son todavía una rareza en España. A diferencia de otros países como Inglaterra, Suecia u Holanda, la mujer no puede elegir entre parto hospitalario o domiciliario. Por lo tanto, si desea parir en su propio hogar tendrá que acudir a clínicas privadas. Estudios realizados en Suiza y Holanda, publicados en el "British Medical Journal" demuestran que el riesgo de alumbrar en casa no es mayor que el de hacerlo en el hospital, siempre que se realice tan sólo en aquellos casos exentos de complicaciones y con la ayuda de expertos. OBJETIVOS: Revisar si el parto en domicilio es una elección en España. METODOS: Es un estudio descriptivo, búsqueda bibliográfica. RESULTADOS: Muchos médicos dudan a la hora de recomendar el parto en el hogar porque les preocupan las complicaciones inesperadas; desprendimiento precoz de la placenta, sufrimiento fetal, embarazo múltiple y complicaciones después del parto, como hemorragia posparto. El parto en el domicilio sólo debería considerarse en el caso de mujeres que ya hayan tenido al menos un embarazo y un parto sin complicaciones. Un médico o una comadrona titulada, en un domicilio próximo a un hospital y planificar de antemano el transporte de urgencia al hospital en caso de que fuera necesario. El número de parejas españolas que asumen un parto a domicilio aumenta muy lentamente, en España la cifra no llega al uno por ciento, aunque no existen datos precisos al respecto. La escasa información sobre esta alternativa y el temor a problemas imprevistos frenan a muchas parejas. DISCUSIONES: Para llevar a cabo un parto domiciliario se han de seguir una serie de requisitos. Las matronas que atienden estos alumbramientos deben excluir los casos en los que se pudiera presentar riesgo para la madre o el hijo. El seguimiento de la gestación debe ser minucioso y se recomienda que haya un centro médico a menos de diez minutos del domicilio. Las principales ventajas del parto en domicilio frente al parto hospitalario son la calidez, la intimidad. Mejorar el vínculo, la madre y el bebé son los protagonistas y la experiencia da energía y autoestima a la madre, que lleva las riendas del proceso.



P-011.- PARIR EN CASA ¿ES SEGURO?.

SAURA-MARTÍNEZ I, GALLARDO-RÍOS C, REJAS-GINER E, BAEZA-PEREÑIGUEZ E.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA.

RESUMEN.

En la actualidad existe una tendencia mayor, por parte de las mujeres embarazadas, a elegir de manera libre, dar a luz en sus casas. Es importante que las matronas de atención primaria informen a aquellas mujeres embarazadas, de bajo riesgo, que lo deseen acerca de las diferencias entre los partos hospitalarios y los partos en casa y los beneficios que aportan. A través del presente trabajo queremos dar a conocer la seguridad del parto planificado en el domicilio, con respecto al parto hospitalario, en mujeres de bajo riesgo. Para poder determinar, clarificar y difundir las ventajas y la seguridad del parto en casa tanto para la madre como para el feto, hemos realizado una revisión sistemática de la bibliografía existente. Así podemos señalar que las mujeres que eligen dar a luz en sus casas: tienen una mayor seguridad sobre su capacidad de dar a luz frente a aquellas que lo realizan en el hospital (aunque estas tienen que soportar más presiones sociales y temores por parte del cónyuge parientes o amigos), presentan menores tasas de cesáreas, partos instrumentados, hemorragias postparto e infecciones, así como menor índice de desgarros perianales y un menor número de inducciones (por lo que los partos son más largos). Con respecto al recién nacido en casa en relación con el recién nacido en el hospital, existen también beneficios y diferencias, entre ellas: menos casos de reanimación (menores necesidades de oxígeno, aspiración o intubación), son menos propensos a presentar unos porcentajes de apgar bajos y presentan menor sufrimiento durante el parto y daños ocasionados por este (fractura de clavícula, hemorragia subdural o cerebral...). Por todo ello, la hipótesis de que los factores sociales y medio ambientales afectan en el proceso de parto, se apoyan en la evidencia, por ello es fácil aceptar que algunas mujeres puedan parir con mayor seguridad en sus propias casas. Los resultados de partos planificados en casa, en mujeres de bajo riesgo, son al menos tan buenos como en aquellas mujeres que deciden parir en los hospitales, así la morbilidad perinatal en ambos casos nos ofrecen datos similares, pero obtenemos muchas menos intervenciones, con lo que ello conlleva, en los partos domiciliarios. Es importante difundir estos conocimientos para que las mujeres embarazadas puedan decidir de manera libre, autónoma y segura donde quieren parir.



P-012.- SEISMO EN LORCA: HISTORIA DE UNA EMBARAZADA.

SÁNCHEZ-SÁNCHEZ FC*, JIMÉNEZ-OLMO CM, GARCÍA-GÓMEZ AM, PALOMINO-SALVADOR PA, REALES-FERRER E, AROCA-MARTÍNEZ T.

HOSPITAL RAFAEL MÉNDEZ.

RESUMEN.

OBJETIVOS: General: Determinar los efectos que provocó el estrés del terremoto de Lorca del 11/05/2011 sobre las mujeres durante la etapa del periodo gestacional. Específicos: Cuantificar la incidencia de partos pretérmino ocurridos en el Hospital Universitario Rafael Méndez (HURM) como consecuencia del terremoto. Comparar proporción de varones nacidos vivos antes y después del terremoto. Identificar la incidencia de abortos. Determinar la incidencia de recién nacidos vivos de bajo peso. **MÉTODOS:** Estudio de corte cuantitativo, observacional analítico de corte histórica única, antes y después de la exposición al seísmo ocurrido en Lorca el 11/05/2011. La cohorte expuesta la constituye el grupo de mujeres embarazadas que estuvo expuesta al seísmo y sus posteriores consecuencias psicoemocionales. La cohorte no expuesta la constituye el grupo de mujeres embarazadas y que concluyeron su gestación antes del seísmo de Lorca. Se comparó la incidencia de partos prematuros, recién nacidos de bajo peso, abortos y proporción de varones nacidos vivos en la población de referencia antes y después de ocurrida la exposición a la variable independiente (el seísmo). **RESULTADOS:** Los resultados de nuestro estudio están por concluir, pero de momento aportamos resultados de investigaciones previas realizadas en diversos países que concluyen que: El 60% de los niños cuyas madres estaban en período de gestación y vivían en la zona afectada por el terremoto nacieron prematuramente y, por lo tanto, con menor peso. Se observó que los nacimientos de niños disminuyeron, respecto al de niñas ya que en investigaciones previas se había sugerido que ante situaciones de estrés las mujeres son más propensas a abortar fetos masculinos. **DISCUSION.**

Dado que una catástrofe de tal magnitud, como es el seísmo de Lorca de 5,2 grados en la escala de Richter, es en cierto grado impredecible y totalmente incontrolable, la matrona que es el profesional que atiende a la embarazada en un primer momento tras el desastre siendo para la gestante el personal de referencia en el proceso de su embarazo, debe conocer las repercusiones que tiene una catástrofe sobre la gestante y sobre el feto y aprender a guiar a la mujer en tal desconcierto, transmitiendo tranquilidad, seguridad y confianza. Puesto que el equilibrio emocional no se puede separar del equilibrio fisiológico, como matronas debemos reconducir ese estado emocional, y recuperar de nuevo el equilibrio para que las repercusiones fisiológicas sean mínimas.



P-013.- SATISFACCIÓN DE LAS MUJERES CON SU EXPERIENCIA DE PARTO.

VIDAL-MAZA I*, JANOT-REMOLINS A, GIL-VARGAS MJ, GÓMEZ-FERNÁNDEZ MA.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DR.JOSEP TRUETA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Dar a conocer la importancia de la satisfacción materna en su parto y los principales factores que la determinan, para brindar unos cuidados más humanizados y holístico. MATERIAL Y METODOS: Búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas, con limitaciones en los últimos cinco años. RESULTADOS: Factores que influyen en la satisfacción materna; Movimientos para un parto humanizado; Plan de parto; Influencia de una experiencia negativa para próximos partos; El papel de la matrona en la satisfacción materna. DISCUSION: Las satisfacción maternal es un indicador de calidad. Es importante que conozcamos los factores que influyen tanto positiva como negativamente, para que en nuestra actividad profesional, hagamos un esfuerzo en potenciar los factores positivos y minimizar los que influyen negativamente, para así brindar cuidados que hagan que la mujer tenga un alto nivel de satisfacción de su parto.



P-014.- PROTOCOLO DE HIDROTERAPIA EN EL PARTO EN EL HOSPITAL MATERNO-INFANTIL CARLOS HAYA.

RAMOS-RODRÍGUEZ T*, LÓPEZ-MOLINA AM, CUBILLAS-RODRÍGUEZ I, OLIVA-GARCÍA J, NAVARRO-MAMELY ML, HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ P.

HOSPITAL MATERNO-INFANTIL CARLOS HAYA.

RESUMEN.

La utilización del agua caliente durante la dilatación induce a la mujer a la relajación, reduce la ansiedad estimulando la producción de endorfinas, mejora la perfusión uterina y acorta el periodo de dilatación, y aumenta la sensación de control del dolor y la satisfacción. La utilización del agua caliente reduce de forma estadísticamente significativa el uso de analgesia epidural durante el periodo de dilatación sin efectos adversos en la duración del trabajo de parto, siendo un método alternativo a la analgesia no medicamentosa en el parto. El OBJETIVO es favorecer el alivio del dolor durante la dilatación mediante la inmersión en agua de la parturienta, fomentando la atención al parto normal de bajo riesgo, aumentando la calidad asistencial de nuestro centro, aportando alternativas a la analgesia epidural entre otras alternativas que se ofertan. Este protocolo está basado en el "protocolo sobre hidroterapia en la asistencia al parto normal de baja intervención elaborado por el Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal de Andalucía". La METODOLOGÍA para la realización de este protocolo fue con reuniones sucesivas entre las unidades de paritorio y neonatología para aunar criterios necesarios para la utilización de la bañera en el área de partos del hospital. tras estas reuniones se consensúa el protocolo y se comienza en junio de 2012. Para la instauración de este método alternativo del alivio del dolor en nuestro hospital, era necesario un protocolo de consenso para que las matronas realizaran una adecuación de la práctica clínica a la evidencia científica actual, ofreciendo un método alternativo del manejo del dolor no intervencionista.



P-015.- PUJOS DIRIGIDOS & PUJOS EXPECTANTES.

VAELLO A, VALENCIA E, ORELLANA M, CASTILLO E, LUCENILLA R, RODRÍGUEZ B.

HOSP. PUERTA DEL MAR.

RESUMEN.

La comunicación esta basada en un póster donde queremos reflejar como OBJETIVO principal conocer la actuación más correcta de la matrona en el periodo expulsivo concretamente en relación con los pujos maternos. El METODO empleado es una revisión bibliográfica usando las bases de datos más relevantes en la actualidad y revisando los protocolos existentes El resultado encontrado es que debemos evitar sobreutilizar la maniobra de vasalva y dejar de dirigir los pujos estando evidenciado los beneficios de los pujos espontáneos de glotis abierta. Para acabar se presenta una pequeña discusión sobre lo que es mas utilizado en los paritorios(pujos dirigidos con maniobra de vasalva) con lo que esta más recomendado(pujos espontáneos con glotis abierta).



P-016.- ¿Y TÚ, CÓMO LO VES? RCTG: A PROPÓSITO DE UN CASO.

MARTÍNEZ-VILLAREJO L*.

CENTRO DE SALUD DE INCA, BALEARES.

RESUMEN.

OBJETIVOS: **Objetivo general:** • **Constatar la variación** interobservador a la hora de **analizar un registro cardiotocográfico.** **Objetivos específicos:** • **Profundizar en la** clasificación de cardiotocografía propuesta por la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención **al Parto Normal del SNS.** • **Detallar las distintas** interpretaciones de la frecuencia cardiaca **fetal basal.** • **Cotejar la evidencia científica disponible.** **MÉTODOS:** Se trata de un estudio observacional, descriptivo, longitudinal, retrospectivo que se realizó mediante revisión sistemática de la bibliografía disponible hasta marzo 2012. Las bases de datos utilizadas son: Biblioteca Cochrane, Up to date y Pubmed. **RESULTADOS:** El análisis de la frecuencia cardiaca fetal y su relación con las contracciones uterinas es fundamental para el uso de la monitorización cardiotocográfica. Se han desarrollado clasificaciones para evaluar y registrar lo que es normal, lo que requiere de una atención más cuidadosa y lo que se considera anormal. Sin embargo estas clasificaciones no son aplicadas de forma generalizada. Además, los registros son interpretados de manera diferente por los distintos cuidadores e incluso por el mismo cuidador en diferente momento. Esta variación en la interpretación de los trazos puede dar lugar a intervenciones inadecuadas o a una falsa confianza y falta de intervención. **DISCUSION:** La interpretación del patrón de frecuencia fetal puede ser difícil. Por ello es necesaria una buena formación, actualización y unificación de criterios. La adopción de **unas normas uniformes de clasificación de los registros de frecuencia cardiaca fetal, debería aportar beneficios.**



P-017.- USO DE LA BOLA SUIZA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y EXPULSIVO.

GAVILÁN-DÍAZ M*, GALLEGO-MOLINA J, HERNÁNDEZ-RABAL M, PÉREZ-CABALLERO A, VÁZQUEZ-SÁNCHEZ M, SÁNCHEZ-RUIZ P.

HOSPITAL QUIRÓN MÁLAGA.

RESUMEN.

INTRODUCCIÓN La postura vertical y los movimientos de la madre pueden reducir el dolor, facilitar la circulación materno-fetal y el descenso fetal en la pelvis materna, mejorar las contracciones uterinas y disminuir el trauma perineal, que es la razón por la que la influencia de los cambios de posición materna durante el parto ha sido un tema de interés para la investigación de muchas décadas. La pelota suiza es una de las estrategias para mejorar la libre circulación de las mujeres durante el parto. La literatura científica disponible sobre el uso de la bola suiza durante el parto se considera escasa. **OBJETIVOS:** - Ampliar los conocimientos de los profesionales sobre el uso de la bola suiza -Facilitar a las mujeres durante su trabajo de parto y expulsivo una serie de ejercicios que puedan realizar con la bola suiza -Proporcionar técnicas alternativas de movilización de la pelvis intraparto. -Disminuir la tasa de utilización de fármacos y analgesia epidural. **MÉTODOS:** Realización de una revisión bibliográfica en las bases de datos Cochrane, Medline, Scielo y Pubmed. **RESULTADOS:** Una revisión de la literatura sobre los efectos de los movimientos de la madre durante el parto encuentra que puede provocar la disminución del dolor, facilitar la circulación materno-fetal, aumentar la intensidad de las contracciones uterinas, reducir la duración del trabajo, ayudar al descenso y la estática fetal que presenta y reducir el trauma perineal y las tasas de episiotomía. En otro artículo encontramos varios ejercicios para realizar durante el trabajo de parto y el expulsivo por las gestantes. **DISCUSIÓN:** La literatura científica disponible sobre el uso de la bola suiza durante el parto se considera escasa. Consideramos importante la realización de protocolos sobre el uso de la bola suiza para que estén disponibles para su consulta por los profesionales, así como documentación clara y sencilla al alcance de las gestantes.



P-018.- UNA MIRADA HACIA ATRÁS, MATRONAS SIEMPRE COMPETENTES.

UNAMUNO-ROMERO B, RODRIGUEZ-VICENTE MD.

EMPRESA PUBLICA HOSPITAL DE PONIENTE.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Conocer la evolución del oficio de la partería desde sus inicios hasta nuestros días e identificar las competencias asignadas a la matrona a lo largo de la historia.

METODOS: Análisis historiográfico del papel que ha desempeñado la matrona desde las primeras referencias encontradas hasta la actualidad.

RESULTADOS: El oficio de la matrona, ha existido desde los orígenes de la humanidad, teniendo constancia de ello gracias a las primeras referencias escritas que aparecen en la Edad Antigua. La partera/matrona se ha situado siempre al lado de la mujer, acompañándola durante el embarazo y el parto, brindando los primeros cuidados al recién nacido, así como atendiendo sus problemas de salud. Sus competencias han estado sujetas a las normas morales y religiosas de la época. La división de sexo, el no acceso a la cultura hicieron que hasta finales del periodo medieval, la partería fuera considerada como un oficio propio de mujeres. Aprendían gracias a la práctica y la observación de mujeres expertas, sus funciones se podían agrupar en asistencial, jurídico- legal, docente y religiosa. Desde finales del s.XV encontramos en la literatura intentos de regularización del oficio, los cuales se vieron frenados por la marcada diferenciación sexual de la época. Con la implantación de la obstetricia como ciencia, y la introducción del hombre en la asistencia de partos normales, el futuro de la matrona aun considerada un oficio se vio en peligro. Fue su reconocimiento social lo que les permitió continuar asistiendo partos normales, ampliaron su conocimiento basándose en los textos escritos por médicos de la época, el parto distócico y otras complicaciones quedaron reservadas a la figura del médico por su mayor conocimiento. Fue a partir del s. XVIII cuando se comenzó a regular todo el proceso de aprendizaje y las instituciones donde debían adquirir las parteras los conocimientos teóricos y prácticos necesarios. El s. XX se caracterizó por una continua reestructuración de los estudios de matrona hasta 1994, que inicio su formación la primera promoción de Enfermeras Obstétrico- Ginecológicas. **DISCUSION:** Concluimos nuestro análisis afirmando que la historia ha marcado nuestra profesión gracias al reconocimiento social que han tenido nuestras antecesoras estamos hoy aquí. Gracias a su labor, somos una profesión cuyas competencias han sido reconocidas desde el origen de su existencia.



P-019.- MATRONA Y VIOLENCIA DE GÉNERO: ¿QUÉ PODEMOS HACER?.

GIMÉNEZ-MARTÍNEZ A*, GONZÁLEZ-FAJARDO A, BARCELÓ-MUÑOZ N, DIEZ-JOVER R, PAGÁN-MARÍN L.

HOSPITAL STA LUCIA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: 1.Detectar posibles situaciones de violencia doméstica a través de la consulta programada, a demanda y de urgencia. 2.Valorar la situación de riesgo vital y la inmediatez en la derivación de la mujer en situación de violencia de género. 3.Mejorar la calidad de la atención asistencial a la mujer en situación de riesgo de violencia de género. 4.Evaluar el impacto de las medidas adoptadas por la matrona y sus consecuencias en el entorno biopsicosocial de la mujer. 5.Articular la coordinación entre los profesionales del equipo de atención primaria y especializada, implicados en la violencia de género, para lograr una atención y asistencia integral. 6.Conocer la magnitud del problema de la violencia de género en la población femenina de la zona básica de salud. 7.Canalizar adecuadamente la derivación de la mujer en situación de violencia de género hacia el recurso sanitario específico en cada caso. METODO: Mediante algoritmo de actuación, llevado a cabo por la matrona en consulta de APS, se capta, identifica, valora, actúa, deriva y evalúa a la mujer en situación de violencia de género. 1.Captación: Se realizará una búsqueda activa en consulta, atendiendo a indicadores de sospecha (negativos o positivos): •Indicadores de antecedentes y características de la mujer. •Indicadores de sospecha durante la consulta. 2.Identificación: Confirmar o descartar la situación de violencia a través de la entrevista clínica específica, realizada en la etapa anterior. 3.Valoración biopsicosocial de la mujer, de la situación de violencia y de la seguridad y evaluación del riesgo. 4.Actuación: La actuación de la matrona será diferente según la situación en la que se encuentre la mujer. 5.Seguimiento: Valorar el entorno biopsicosocial y de la situación de violencia tras la aplicación de las actuaciones específicas de la matrona, mediante visitas periódicas (a los 15 días, al mes y a los 3 meses) a través de una entrevista semiestructurada. RESULTADOS: Al tratarse de una propuesta de algoritmo de actuación para la matrona de atención primaria, que no se ha puesto en práctica, no podemos ofrecer resultados de su aplicación. DISCUSION: Este algoritmo de actuación proporcionaría a la matrona unas pautas de actuación homogéneas en los casos de violencia de género. Esperamos que sea de especial utilidad para la matrona de Atención Primaria ya que es a este nivel donde se tiene el contacto más inmediato y directo con las víctimas de la violencia de género.



P-020.- VALORACIÓN DEL NEONATO POR LA MATRONA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

GAVIN-GUTIÉRREZ L*, PRIETO-ÁLVAREZ P, NAVARRO-GUTIÉRREZ T, ESPART-HERRERO L, CUENCA-DIEZ B, CASILLAS-BARRAGÁN B.

HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU.

RESUMEN.

Las matronas son las responsables según la legislación vigente, de proporcionar una atención integral a la mujer en todas las etapas de su vida sexual y reproductiva, incluyendo la atención al recién nacido sano durante los primeros 28 días de vida. En Cataluña, las profesionales que trabajan en atención primaria realizan el seguimiento de la mujer en sus distintas etapas vitales, pero a la hora de llevar a cabo el diagnóstico y control del neonato se encuentran con varios impedimentos **como:** • **ausencia del neonato en la visita del puerperio precoz** • **el seguimiento del bebé por el pediatra** • **ausencia de parámetros orientativos para realizar una valoración neonatal** Por motivos administrativos la primera visita al pediatra puede retrasarse en cambio, la atención por la matrona no requiere ningún trámite. **OBJETIVOS: GENERAL** • **Valorar al neonato en la consulta de atención primaria durante la primera semana de vida** **ESPECÍFICOS** • **Identificar signos y síntomas de normalidad de recién nacido sano** • **Integrar al neonato y a la mujer como un todo** • **Informar a la madre sobre los signos de alarma y los cuidados habituales en el neonato.** **METODO:** **Revisión del Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó"de la Generalitat de Catalunya.** Departament de Sanitat i Seguretat Social. **RESULTADOS:** En el protocolo no se especifica los signos y síntomas de normalidad del recién nacido sano. Se ha observado que las mujeres no tienen el hábito de acudir al puerperio precoz con el neonato. **DISCUSION:** Las matronas están formadas y capacitadas para la valoración, control, cuidado y diagnóstico del recién nacido sano en los primeros 28 días de vida de éste. Una correcta valoración ayuda a disminuir el índice de morbilidad y mortalidad neonatal. Es importante reflexionar y no ceder ninguna de las competencias que tanto han costado conseguir.



P-021.- RECUPERANDO LAS COMPETENCIAS PERDIDAS DE LA MATRONA EN ANDALUCÍA: ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

GAMUNDI-FERNÁNDEZ C*, JALÓN-NEIRA RM, DELGADO-MUÑOZ E.

HOSPITAL DE LA MUJER.

RESUMEN.

INTRODUCCIÓN Una educación afectivo sexual y reproductiva adecuada, el acceso universal a prácticas clínicas efectivas de planificación de la reproducción y la disponibilidad de programas y servicios de Salud Sexual y Reproductiva es el modo más efectivo de prevenir, especialmente en personas jóvenes, las infecciones de transmisión sexual, los embarazos no deseados y los abortos. Por tanto, es desde la promoción de la salud desde donde debemos partir para permitir que las personas incrementen su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia puedan mejorarla. Esta comunicación pretende desarrollar estrategias de atención en diferentes ámbitos, que permitan ofrecer una asistencia de calidad y situar como profesional referente en el tema a la Matrona, por su especialización en el campo de la salud sexual y reproductiva. **OBJETIVOS:** Consolidación de la matrona como el profesional de referencia durante toda la vida sexual y reproductiva de la mujer. Realización de educación para la salud a la mujer, familia y comunidad identificando las necesidades de aprendizaje en relación con la salud sexual, llevando a cabo los diferentes programas educativos relacionados con las necesidades afectivas. **EJECUCION** Diseñar y desarrollar investigaciones locales para el estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sexuales, aplicado a la población de referencia. Debemos llevar a cabo una adecuada educación afectivo-sexual y reproductiva a la mujer, a la familia y a la comunidad, identificando las necesidades de aprendizaje, realizando los diferentes programas educativos relacionados con las necesidades detectadas. Considerando como instrumento básico para el desarrollo de este proyecto el Taller como estrategia metodológica, entre otras. **EVALUACION** Analizar el resultado de investigaciones locales que permitan determinar las necesidades reales de la población de referencia, permitiendo esto la elaboración de programas de salud que justifiquen el papel de la matrona como profesional de referencia y que mejoren los conocimientos de la mujer en la materia sexual y reproductiva y, en definitiva, la calidad de vida de la misma.



P-023.- ACOMPAÑAMIENTO DE GESTANTES Y RECIÉN NACIDOS DADOS EN ADOPCIÓN. ACTUACIÓN DE LA MATRONA.

LLORENTE-GILETE M, CASANOVA-ARANDA I, MAS-PLA MJ, DE MIGUEL-IBÁÑEZ MP, NAVIO-ABRIL V.

H.VIRGEN DE LOS LIRIOS DE ALCOY.

RESUMEN.

OBJETIVO: La asistencia a la mujer y al recién nacido en casos de adopción, aunque infrecuente en la actualidad, requiere una actitud cercana por parte de la matrona. Conocer su situación, evitando comentarios inadecuados y juicios de valor, es uno de los primeros requisitos. Se debe hacer una valoración tanto desde el punto de vista obstétrico como personal de la gestante y de su entorno. METODO: Presentamos tres casos de adopción: 1. Gestante a término, secundípara, sin pareja estable, económicamente dependiente de su familia. RN sano. Buena adaptación neonatal. Se realiza contacto precoz piel con piel con la matrona. 2. Gestante a término, secundípara, separada, menor de edad. Abusos en el ámbito familiar. Extranjera en situación irregular. Se avisa a servicios sociales. Recibe apoyo psicológico. 3. Gestante a término, cuartípara, indigente, alcoholismo. Duerme en albergue. Hijo anterior dado en adopción. Desea ver al RN nada más nacer, ingresando en neonatología con signos de síndrome alcohólico fetal. DISCUSION: Como matronas debemos dar una respuesta en sintonía a las necesidades del recién nacido, teniendo en cuenta los factores de riesgo que en ocasiones se puedan presentar como infecciones maternas, exposición a tóxicos, prematuridad, CIR, etc. No hay que olvidar determinadas situaciones como embarazos mal controlados, patología asociada o circunstancias personales especiales de la mujer entre las que hay que destacar: hijos previos, precariedad económica, inmigración en situación irregular, malos tratos, violación, etc. Se debe propiciar al recién nacido la mejor adaptación extrauterina posible, ofreciendo la posibilidad de establecer contacto precoz piel con piel con la matrona. Debemos proporcionar información sobre aspectos legales, documentación necesaria, custodia, plazos, acogimiento y adopción, tanto en recién nacidos sanos, como en recién nacidos con patología. RESULTADOS: Es importante conocer el procedimiento a seguir durante la asistencia a gestantes que vayan a dar al RN en adopción. Un asesoramiento adecuado y una actitud empática forjan la base para proporcionar unos cuidados de calidad a mujeres con esta situación tan delicada.



P-024.- UN RETO, UN FUTURO: CREAR UNA WEB DE SALUD DE CALIDAD.

CASTRO-ALONSO V*, VARONA-IGLESIAS S, VÁZQUEZ-HERRERO MJ.

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Analizar las preferencias de los internautas que visitan nuestra página. Conocer como acceden a la web. **METODO:** Estudio descriptivo. Análisis estadístico: Se ha utilizado "Google Analytics" y "AWStats" . **Período:** Abril y Mayo de 2012 **Muestra:** Flujo de visitas desde el punto de vista demográfico, origen de las visitas, de su comportamiento y contenidos consultados. **RESULTADOS:** Las visitas fueron 3.488, 1.857 en abril y 1.631 en mayo. Con respecto a los datos demográficos de estos usuarios el 90,6 % tenían el español como idioma, un 96,67% se conectaban desde el territorio nacional, y de estos solo un 39,01% desde nuestra comunidad. El tráfico directo es de 19,53 % y el de referencia es del 18,16%. De éste último un 64% proviene de las publicaciones del grupo homónimo en la red social Facebook. El tráfico de búsqueda, sin embargo, es del 62,32% del total. Casi un 43% de este tráfico utilizó como palabra clave en el motor de búsqueda el nombre de la Asociación que representa la web. Cabe destacar el bajo porcentaje de abandonos de los usuarios que acceden a la web a través de la página principal, un 16.1%, en comparación con los accesos desde las redes sociales, que solo acceden al contenido específico. Los contenidos más visitados son: 1. Actividades, principalmente Congresos nacionales e internacionales. 2. Noticias relacionadas con la profesión y empleo. Página en la cual los visitantes permanecen en torno a 10 minutos. 3. Documentos y Guías de práctica clínica. 4. Información para la mujer. **DISCUSION:** Los perfiles de nuestros visitantes, el bajo porcentaje de visitantes de nuestra comunidad, el acceso desde la red social solo al contenido específico y los contenidos más visitados denota que debemos seguir incidiendo en: 1. Conocer como acceden los usuarios a la web, para saber si la estrategia de difusión que estamos utilizando está funcionando. 2. Subir contenido con regularidad y que éste sea de calidad, para que lo incluyan los buscadores, nuestra principal vía de acceso. 3. La utilización de redes sociales como Facebook que fomenta la difusión de la información. 4. La transparencia de la web que conlleva un mayor número de visitas y tiempo de permanencia. Siguiendo esta línea pretendemos aumentar el número de visitas y servir de herramienta tanto para profesionales como para mujeres siendo un referente de información útil y veraz.



P-025.- IMPLEMENTACIÓN DE BUENAS PRACTICAS EN LA ATENCIÓN AL PARTO Y NACIMIENTO.

PULIDO-SOTO A, RAEZ-LIEBANAS A, FERNÁNDEZ-VALERO MJ, ROSALES-CHAMORRO MM.
COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAEN.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Conocer el grado de implementación de buenas prácticas en el servicio de paritorio, desde la incorporación de este al Proyecto de Humanización en la atención perinatal en Andalucía(2010) METODOLOGÍA: Estudio descriptivo de series temporales, entre enero del 2007 a junio 2012. Criterios de buenas prácticas, las establecidas en el documento de consenso sobre Buenas Prácticas en Atención perinatal 2007, EASP: INTIMIDAD-ACOGIDA-PRACTICA CLINICA: -Parto: plan de parto, evitar enema, rasurado, vía venosa, amniorexis y episiotomía por rutina Ingesta de líquidos, elegir deambulación y otras posturas, misma sala para dilatación y parto -Recién nacido: lactancia materna, contacto piel con piel, pinzamiento tardío de cordón, no separación RN/madre -Tratamiento del dolor: se ofrecen distintas alternativas al dolor INFORMACIÓN-CALIDAD DEL ENTORNO Y SATISFACCIÓN-ACOMPañAMIENTO. RESULTADOS: Ligero incremento de los partos atendidos en la misma sala de dilatación(3%.) No se realiza rasurado ni administración de enema. Aumento progresivo: -deambulación y otras posturas durante dilatación (10%-25%) -posiciones de SIM, vertical, semisentada(70%) -en partos que evolucionan espontáneamente(30% al 55%) -pinzamiento tardío de cordón, contacto piel con piel e inicio precoz de lactancia materna Puesta en marcha plan de acogida gestante y familia. 0,01% de mujeres con plan de parto. Asignación matrona gestante, turno rotatorio de 12h facilitando, la atención al proceso de parto por la misma matrona. Disminución progresiva en el número de partos con episiotomía(50% al 33%). Acompañamiento continuo de la mujer por la persona que elija(100%). Habitación individual para la dilatación y parto. Tratamiento del dolor: apreciamos un mantenimiento entre el 50 y 60% de partos con epidural y un ligero incremento de mujeres que manifiestan no desear la epidural. No se aprecian cambios significativos en la frecuencia de realización de amniorexis. Se sigue realizando venoclisis a todas las mujeres de forma sistemática, superando el 95%. Prohibición ingesta líquidos. DISCUSION: La implantación del proyecto de humanización ha contribuido a mejorar algunas buenas prácticas: plan de acogida, diferentes posturas en dilatación y parto, evolución de forma espontánea, reducción del número de episiotomías, pinzamiento tardío cordón, contacto piel con piel, inicio precoz de lactancia materna. El proyecto no ha conseguido la mejora de algunas otras, lo que evidencia la necesidad de puesta en marcha de nuevas estrategias.



P-026.- VIOLENCIA DE GÉNERO Y EMBARAZO. LA IMPORTANCIA DE UNA DETECCIÓN PRECOZ EN ATENCIÓN PRIMARIA.

CASANOVA-VELASCO CE, VERA-REPULLO F.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA.

RESUMEN.

La violencia de género es el tipo de violencia física o psicológica ejercida por cuestión de sexo. En este caso hablamos de violencia ejercida contra la mujer entendiendo por ésta: **“todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”**. En las mujeres embarazadas la violencia tiene efectos sobre el feto, y configura lo que se conoce como abuso prenatal, éste configura para muchos menores el inicio de una cadena cuyos resultados incluyen desde la muerte prenatal hasta el posterior abandono del mismo. OBJETIVOS: 1. Detectar los posibles casos de violencia de género durante la gestación. 2. Derivar adecuadamente los casos de violencia de género detectados. 3. Aumentar los conocimientos de la matrona acerca de la violencia de género y su relación directa con la gestación. 4. Implicar al equipo multidisciplinar en la detección de los casos de violencia de género y su correcta derivación. METODO: Para la realización del siguiente proyecto se propone la aplicación de una encuesta de elaboración propia sobre violencia de género, que se aplicará en todas las gestantes que acudan al centro de salud durante sus visitas con la matrona y que presentes los siguientes factores de riesgo: adicción a drogas, historia de malos tratos, mujeres en riesgo de exclusión social (prostitutas, reclusas, bajo nivel social y económico) y todas aquellas mujeres cuya actitud o la de su pareja den indicios de violencia de género. Ante la sospecha de maltrato la matrona asegurará en todo momento la confidencialidad de la mujer, y observará las actitudes y el estado emocional de la mujer como un claro indicador de maltrato, así pues permitirá la libre expresión de sentimientos, y en ningún momento hará juicios de valor. RESULTADOS: Se pretende detectar lo más precozmente todos aquellos casos de violencia de género para evitar que éstos desencadenen en una situación catastrófica y evitable, ya que la matrona de atención primaria es una de las personas más cercanas a la mujer durante la gestación. Con los casos detectados se hará la derivación pertinente de la mujer para así evitar que la situación de violencia continúe, y por tanto impedir una situación con desenlace fatal. DISCUSION: En general, la finalidad de nuestro estudio es acorde con los hallazgos encontrados en la literatura nacional e internacional en lo que se refiere a: la alta prevalencia del abuso a mujeres embarazadas por sus parejas o exparejas; los efectos nocivos de la violencia (en la salud física, reproductiva y mental), y el impacto de la violencia en el desarrollo intrauterino del niño.



P-027.- ESTUDIO DE LA RESPUESTA SEXUAL COMO MEJORA DEL DESARROLLO COMPETENCIAL DE LA MATRONA EN EL ÁMBITO AFECTIVO-SEXUAL.

BAENA-ANTEQUERA F, JURADO-GARCÍA E, RUIZ-FERRÓN C.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE VALME.

RESUMEN.

OBJETIVO: Indagar sobre el grado de conocimiento y las características de la respuesta sexual de un grupo de sujetos jóvenes como herramienta para mejorar la actuación en la competencia de la Matrona de proporcionar educación y asesoramiento afectivo-sexual.

METODO: Se elabora un cuestionario autoadministrado con preguntas cerradas y entre éstas preguntas con una escala Likert, dicotómica y de varias opciones de respuesta. Dicho cuestionario consta de tres dimensiones: el deseo, la excitación y la satisfacción sexual.

RESULTADOS: La muestra es de 47 personas de las cuales 34 (72,3%) son mujeres y 13 (27,7%) hombres. El 78,7% de la muestra tiene pareja estable desde hace menos de un año en el 27% y más de 6 años 16,2%. El inicio de sus relaciones sexuales es debido al "deseo irrefrenable" en el 27,7 %, "premeditados" en el 8,9% y "otros" en un 19,9% especificando que se dan "cuando apetece". Prácticamente la totalidad de la muestra cataloga la sexualidad como muy importante o importante en su vida y el 85,1% refiere estar satisfecho/a con su vida sexual. El 14,9 que afirma no estarlo lo asocia a la escasez de frecuencia de relaciones sexuales. El 89,4 considera tener suficiente información sobre la respuesta sexual humana y las diferencias al respecto entre ambos sexos. Las mujeres de este grupo son más contundentes a la afirmar la necesidad de deseo en la mujer para el inicio de las relaciones sexuales. Las fantasías sexuales son raramente utilizadas por ellas y un poco más por ellos. La muestra afirma no tener dificultad para sentir deseo, quizás más vehemente en las mujeres. Podríamos afirmar que no se detectan problemas de deseo sexual. Para ambos sexos el deseo aparece tras un momento de intimidad en la pareja pero en el caso de las mujeres afirman más a menudo que la motivación para mantener relaciones sexuales no siempre es el deseo espontáneo sino el acercamiento a la pareja y el compromiso. **DISCUSION:** Los resultados de este estudio permiten avanzar en una de las competencias de la Matrona como es la educación y asesoramiento afectivo-sexual. Al conocer mejor patrones de comportamientos en cuanto a la respuesta sexual de la sociedad en general y de los jóvenes en particular, la matrona será capaz de ser más asertiva en su consejería y programación de sesiones educativas.



P-029.- CONSULTA DE LA MATRONA: DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS CITOLOGÍAS.

MITJANS-MONTOLIU E, ROIG-GARCÍA C, BORRÀS-BENTANACHS E, NAVARRO-TOLOSA MJ.
HOSPITAL UNIVERSITARIO ARNAU DE VILANOVA DE LLEIDA.

RESUMEN.

La citología del cuello uterino se aplica para el diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino. El protocolo de la Generalitat de Cataluña recomienda esta técnica entre los 25-65 años y al iniciar las relaciones sexuales. Clasificación de carcinoma de cérvix 1. Alteraciones ASCUS. 2. Alteraciones ASCH. 3. Lesión SIL BAJO GRADO (L-SIL). 4. Lesión SIL ALTO GRADO (H-SIL). 5. Diagnóstico de neoplasia infiltrante. El virus del papiloma humano (VPH) causa una de las enfermedades de transmisión sexual más común, hay más de 100 tipos. En relación a su patogenia oncológica, se clasifican en alto o bajo riesgo oncológico. La matrona puede recoger muestra para detectar este virus de alto riesgo oncológico, en función de un protocolo que indica las candidatas a tener mayor riesgo. La tricomoniasis es una Infección de transmisión sexual causada por un protozoo, y esta infección también puede detectarse simultáneamente al analizar la citología. **OBJECTIVOS:** 1. Describir el número de citologías en una consulta de matrona durante los años 2006-2011. 2. Dar a conocer los resultados obtenidos de las citologías según su normalidad o tipo de patología. **METODOS:** Estudio descriptivo transversal de citologías y resultados obtenidos durante el periodo 2006-2011. **RESULTADOS:** •En este periodo se han recogido un total de 2609 muestras, de las cuales 2494 son normales, representando un 91,52% y 115 han sido patológicas que supone un 8,47%. •Dentro de los resultados patológicos, han destacado un 35,6% de ASCUS y un 29,5% de VHP positivo. •Del total de resultados obtenidos de VHP se han obtenido un 15,3% de positivos. •En todas las muestras se ha analizado la presencia de infección por tricomonas, y existen un 0,53% del total. •De los resultados del cribaje de cáncer de cérvix un 2,52% muestran patología, es decir: 221 casos; distribuidos de la siguiente forma: un 62,12% son ASCUS; un 28,78% CIN I; un 4,54% CIN II; un 1,51% CIN III-CI; y un 3,03% ASGUS. •Según la nacionalidad en el cribaje de cáncer de cérvix tenemos un 44% española, 7% sudamericana, un 6% rumanesa, un 4% africana, un 3% árabe y un 2% árabe. **DISCUSIONES** •El número anual de citologías realizadas se ha mantenido, por otra parte el número de resultados patológicos ha ido en aumento, en especial el resultado de ASCUS. •La mayoría de resultados positivos de cribaje de cáncer de cérvix, siendo un 66,6%, son de nacionalidad española, este resultado es debido al mayor concienciación de la mujer en salud.



P-030.- CONSEJO CONTRACEPTIVO EN PERSONAS CON DISMINUCIÓN PSÍQUICA.

ALBILLOS-MINGORANCE B, CEÑA-DELGADO B, MASSÓ-CROS R, DOMENECH-PLA N, CALVO-CEBRIÁN C, FORNÉS-NIUBÓ M.

ASSIR SANT FELIU.

RESUMEN.

OBJETIVO: Conocer y difundir los puntos clave a tener en cuenta en el consejo contraceptivo a personas con disminución psíquica. METODOS: Se realiza una revisión de la bibliografía disponible tanto en bases de datos como en guías clínicas. Los términos utilizados son "anticoncepción", "contracepción", "consejo contraceptivo" ligados a "disminución psíquica". Además se amplía la búsqueda bibliográfica en libros relacionados con la materia. RESULTADOS: Se analizan datos relacionados con el consejo contraceptivo en personas con disminución psíquica. El póster pretende ser una guía de consulta rápida para otros profesionales y por tanto, se sintetizarán los datos dividiéndolos en los siguientes apartados: - Características específicas de la sexualidad en la disminución psíquica - Aspectos legales - Material adaptado - Métodos anticonceptivos recomendables - Seguimiento de los pacientes - Contacto con la familia. DISCUSION: El consejo contraceptivo debe ser individualizado en cada caso, así que creemos conveniente que los profesionales sanitarios se encuentren bien formados en cuanto a las necesidades concretas que presentan las personas con disminución psíquica en materia de anticoncepción para poder dar una mejor respuesta a las demandas de este colectivo.



P-031.- IMPORTANCIA DE LA FIGURA DE LA MATRONA EN EL ENTRENAMIENTO DEL SUELO PÉLVICO DURANTE EL EMBARAZO Y POSTPARTO.

MOYA-COBOS A*, REYES-MORILLAS M, ROQUE-MARTÍNEZ M.

HOSPITAL DE PONIENTE.

RESUMEN.

OBJETIVOS: - Revisar sistemáticamente la literatura sobre el entrenamiento del suelo pélvico durante el embarazo y el postparto. - Dar a conocer la importancia de la presencia de la matrona durante el aprendizaje y el seguimiento de los ejercicios del suelo pélvico para la prevención y/o tratamiento de la incontinencia urinaria durante el embarazo y después del parto. **MÉTODOS:** Para realizar esta revisión hemos realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como PUBMED, PeDRO y MEDLINE. Los estudios escogidos son 5 ensayos clínicos controlados, un informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y una revisión bibliográfica. Los criterios de inclusión para la elección de estos estudios han sido: año de publicación (2002-2011), número de participantes (46-1128) y tiempo de seguimiento (1-9 meses). **RESULTADOS:** En la revisión que hemos realizado encontramos dos artículos que demuestran que realizar cualquier tipo de actividad, ejercicio o terapia en el suelo pélvico disminuye el porcentaje de incontinencia urinaria durante el postparto. Otro artículo nos dice que si el ejercicio o la actividad se realizan durante el embarazo disminuye aun más el porcentaje de incontinencia urinaria durante el postparto. Dos artículos han obtenido una disminución significativa de la incontinencia urinaria si el entrenamiento del suelo pélvico se realiza con supervisión de un profesional adiestrado. **DISCUSIÓN:** Tras realizar la revisión bibliográfica hemos llegado a la conclusión de que es necesaria la figura de un profesional adiestrado para la supervisión del entrenamiento del suelo pélvico durante el embarazo y postparto, disminuyendo así la incidencia de incontinencia urinaria. Debido a que las matronas estamos en primera línea de intervención durante el embarazo, debemos formarnos y dar importancia al suelo pélvico. También observamos que la realización de cualquier ejercicio indicado con o sin la supervisión durante el embarazo y el postparto disminuye la tasa de incontinencia urinaria durante este periodo de tiempo. Como educadores de salud debemos encontrar la manera adecuada para instruir y motivar a las mujeres a que realicen los ejercicios del suelo pélvico regularmente durante el embarazo y el puerperio. Así como realizar su correcto seguimiento.



P-032.- MATRONA EN URGENCIAS: VALORACIÓN DE LA GESTANTE DE BAJO RIESGO, TRABAJO DE PARTO VERSUS PRODROMOS DE PARTO.

FLOTATS A, SOLANS R, BASTEIRO E, BENITO I, MARTINEZ-VERDÚ MA, ARRANZ A.

HOSPITAL CLINIC DE BARCELONA, SEU MATERNITAT.

RESUMEN.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La elaboración de un procedimiento unificado que incluye todas aquellas intervenciones que la matrona realiza a la gestante de bajo riesgo que acude a urgencias con dinámica uterina hasta que decide el ingreso o alta de la mujer. El objetivo fundamental es fomentar la figura de la matrona como profesional de referencia en la valoración de la gestante de bajo riesgo en urgencias. **METODOLOGÍA:** Se realizó un análisis descriptivo de las actuaciones que la matrona desempeña en el servicio de urgencias, se revisaron los protocolos del hospital de asistencia a la gestante y se adaptaron a la taxonomía enfermera NANDA. **RESULTADOS:** Se ha creado un documento unificado ,aprobado por la dirección enfermera del hospital ,que permite a la matrona desarrollar sus competencias en la valoración, diagnóstico y decisión de ingreso o alta de la gestante que acude por dinámica uterina. El documento incluye una descripción detallada de la secuencia de intervenciones a seguir, centrándose en la atención integral de la mujer y su familia, priorizando aspectos como la información, la educación, el soporte y la intimidad. Y con todo ello el aumento del grado de satisfacción de la mujer en la atención recibida. **DISCUSION:** La atención a la gestación y al parto de bajo riesgo es competencia y responsabilidad de la matrona, ya que es el profesional más cualificado para ofrecerla mejor calidad y seguridad en la atención a la gestante de bajo riesgo. Se debe potenciar el cribado de la urgencia obstétrica por parte de la matrona, incluyendo el diagnóstico de parto, decisión de ingreso o alta mediante la creación de protocolos y procedimientos en las diferentes instituciones.



P-033.- COMO PLANIFICAR EDUCACIÓN EN LACTANCIA MATERNA EN UNA CONSULTA DE BIENESTAR FETAL LLEVADA POR UNA MATRONA.

ROQUE-MARTÍNEZ MC*, HERNÁNDEZ-HERRERÍAS I, SÁNCHEZ-GUISADO MM.

HOSPITAL DE PONIENTE.

RESUMEN.

OBJETIVOS: • Revisar sistemáticamente la literatura disponible sobre la lactancia materna y su relación existente con la educación prenatal. • Demostrar la importancia del trabajo de la matrona como agente promotor de la lactancia materna en la educación prenatal.

METODO: • Se realiza una revisión bibliográfica de toda la literatura relacionada con la lactancia materna y la educación maternal en los buscadores de Pubmed, CINAHL, Cochrane CENTRAL, The Cochrane Library, MedLine, IME-biomedicina y se usan como

palabras clave: "breastfeeding", "education" y "midwife". Se encuentran 638 artículos en total. Resultado: En muchos de los artículos revisados se llega a la conclusión que, la tasa de lactancia materna se incrementa cuando las mujeres reciben educación maternal y el apoyo adecuado, así que uno de los factores que contribuyen a aumentar las tasas de lactancia materna es la educación prenatal. Para poder llevar a cabo esto, debe haber una buena cobertura de matronas a nivel de primaria. Y esto no es siempre posible debido a la gestión sanitaria en cada comunidad, con lo cual las gestantes llegan muchas veces a la consultas con un gran déficit de información. Por lo que se podría desarrollar una serie de estrategias para poder solventar este problema detectado en las gestantes a término. Como implementar la educación maternal en lactancia materna como una más de las tareas diarias en las consultas. Para ello se puede mostrar en la sala de espera información sobre lactancia materna, en folletos y libros traducidos a en varios idiomas como árabe, Rumano...etc. También se puede disponer de folletos informativos con solo dibujos para las señoras que no supieran leer. Dentro de la consulta, mientras se realiza el registro fetal, se les puede colocar un video llamado "El Pecho No Tiene Horario" que se puede usar como herramienta para descartar falsos mitos, aclarar todo tipos de cuestiones y escuchar sus experiencias personales. También se puede aprovechar para darle información sobre las asociaciones de lactancia materna disponibles en la zona. DISCUSION: Las gestantes llegan a las consultas con muchas dudas y falsas creencias sobre lactancia materna al adquirir información por familiares, amigos, revistas y páginas webs no autorizadas. La matrona como personal sanitario especializado en ello, juega un papel fundamental en la educación prenatal y de este modo contribuir a una lactancia materna satisfactoria.



P-034.- EL USO DE LA OXITOCINA TRAS EL ALUMBRAMIENTO COMO PREVENCIÓN DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO PRECOZ.

PICÓN M*, ORENES MA, RUIZ MA, MARTÍN V, GARRIDO R, PAGÁN L.

H.U. VIRGEN DE LA ARRIXACA.

RESUMEN.

Introducción: La atonía uterina es la principal causa de la hemorragia postparto (HPP) con lo cual su prevención es fundamental para evitar a la púerpera un estado de gravedad. La guía clínica de atención al parto normal recomienda el manejo activo de la 3ª fase de este para prevenir la hemorragia postparto, que consiste entre otras medidas, en la administración de oxitocina por vía IV. En nuestro medio hospitalario, a las mujeres sin riesgo de HPP suele administrarse oxitocina IV tras la expulsión de la placenta para evitar la hemorragia postparto, pero este fármaco no es inocuo, y administrar altas dosis puede tener efectos perjudiciales en la madre, así que, ¿cuál es la dosis correcta? OBJETIVO: Evaluar mediante la evidencia científica disponible cual es la dosis suficiente a administrar tras el alumbramiento para prevenir la hemorragia postparto consecuencia de una falta de contracción del útero y así evitar los efectos colaterales de esta medicamento utilizado a altas dosis. METODOS: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos (Cuiden Plus, MEDLINE y Cochrane), en las que hemos encontrado revisiones sistemáticas que tratan la prevención de la HPP con diferentes fármacos. Además se han consultado las guías clínicas de atención al parto sobre las recomendaciones sobre como tratar la 3ª fase del mismo. RESULTADOS: en los artículos y revisiones consultadas se recomienda para el alumbramiento activo la administración de 10 UI de oxitocina diluidas en 500cc de suero salino fisiológico a una velocidad de 125 ml/h por vía intravenosa o de 10 UI de forma intramuscular. En el caso de que se produjese una hemorragia postparto como causa de atonía uterina, en ningún documento de la bibliografía recomienda administrar más de 10-40 UI oxitocina en cada litro de dilución. DISCUSION: No está justificado administrar una dosis mayor de oxitocina intravenosa para prevenir una hemorragia postparto pues la oxitocina tiene efecto antidiurético y a dosis altas podría producir en la madre una intoxicación hídrica manifestada por retención hídrica, náuseas y cefaleas, vómitos y dolor abdominal. En casos más graves puede producirse somnolencia y convulsiones.



P-037.- EGB (+), ANTIBIOTERAPIA Y MASTITIS INFECCIOSA PUERPERAL: UNA RELACIÓN DESCONOCIDA.

MAJÁN-SESMERO CT*, MAJÁN-SESMERO A, GONZÁLEZ-MUÑOZ E, SESMERO-GAMBÍN C.
HOSPITAL MATERNO INFANTIL MÁLAGA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: - Conocer si existe correlación entre cultivo EGB (+), aplicación sistemática de la profilaxis antibiótica intraparto y aparición de mastitis infecciosa puerperal. **MÉTODOS:** - Se realiza una búsqueda de artículos en las bases de datos Cochrane, Pubmed y Medline **introduciendo los términos "mastitis", "antibiotics" y "streptococcus beta agalactiae"**. - Se realiza la consulta de protocolos de antibioterapia y artículos relacionados. **RESULTADOS:** A pesar de los beneficios de la lactancia materna, las tasas de inicio y duración distan mucho de los valores de las guías internacionales. El principal motivo del destete se asocia con las complicaciones de la lactancia, como la mastitis y, en la mayoría de los casos tienen una etiología infecciosa. Uno de los principales factores que predisponen al desarrollo de mastitis infecciosas es el uso de antibióticos sin una base racional durante el último tercio del embarazo, el parto y/o la lactancia. La glándula mamaria se coloniza con bacterias procedentes del intestino materno durante el último tercio del embarazo. Al aplicar el antibiótico, se genera una disbiosis de la microbiota mamaria, de tal manera que desaparecen las bacterias sensibles pero se seleccionan las resistentes, que crecen sin competencia y alcanzan concentraciones muy superiores a las normales, lo que conduce a una mastitis infecciosa. Se ha observado un notable aumento del porcentaje de mastitis asociadas a antibioterapia; su presentación es mucho más precoz generando los primeros síntomas entre el primer y el séptimo día posparto. Posiblemente, una de las principales causas de este aumento es el uso inadecuado del protocolo para la prevención de las sepsis neonatales por EGB. Por ello, la aplicación de esta profilaxis de forma indiscriminada debería ser objeto de una revisión crítica. Según uno de los últimos protocolos de antibioterapia actualizados, la aplicación sistemática de la profilaxis antibiótica intraparto, incrementa el riesgo de infección por bacterias resistentes aunque este hecho no se ha podido confirmar. **DISCUSION:** Actualmente no existen datos concluyentes acerca de la resistencia creada tras la administración de antibioterapia debido al EGB (+) en el parto. Por tanto, es necesaria la investigación sobre este tema que podría influir de manera importante en la incidencia de mastitis infecciosa, la cual es la principal causa de abandono de la lactancia materna en nuestro medio.



P-038.- ENDOMETRITIS POSTPARTO. PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE LA MATRONA.

MAYORAL-CÉSAR V*, CASADO-FERNÁNDEZ L, GARRIDO-LÓPEZ M, LUQUE-LEÓN M.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Identificar los factores de riesgo de la endometritis puerperal y, conociéndolos, señalar las medidas necesarias para su prevención; además de identificar correctamente la sintomatología de la endometritis y llevar a cabo el correcto tratamiento para conseguir el bienestar de la mujer. **MATERIAL Y METODO:** Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos tales como Scielo, Medline, y Cochrane. **RESULTADOS:** Los estudios recientes muestran que las tasas de infección puerperal son aproximadamente del 7,4% post cesárea, y tras un parto vaginal, del 5,5%. Siendo la endometritis puerperal, un cuadro clínico provocado por una infección del útero, generalmente del endometrio, se inicia habitualmente de manera brusca entre el 2º y 7º día post parto, que se caracteriza por la aparición de fiebre, dolor abdominal, útero blando, no involucionado y loquios turbios y malolientes. Entre sus complicaciones mas graves están la bacteriemia secundaria, shock séptico y, con frecuencia se requiere la histerectomía como parte del tratamiento. La evidencia nos indica que existen una serie de factores de riesgo que aumenta la incidencia de la endometritis puerperal, factores de la **propia gestante (bajo nivel socioeconómico, anemia, RPM,...)** y **factores asociados a la atención en la sala de partos (trabajo de parto prolongado, número de tactos vaginales, extracción manual de la placenta,...)**. **Como profesionales es importante considerar que las mujeres durante el puerperio se encuentran en una etapa muy susceptible y de grandes cambios que, asociado a un cuadro tan grave como puede llegar a ser la endometritis puerperal, necesitan de unos cuidados generales y específicos de calidad que la matrona, como especialista, debe brindarle.** **DISCUSION:** Todos estos datos confirman la importancia de conocer los factores de riesgo y las posibles causas para poder realizar un diagnóstico precoz y una adecuada atención materno-infantil.



P-039.- IMPACTO DEL PARTO POR CESAREA EN EL ÉXITO DE LA LACTANCIA TEMPRANA.

SÁNCHEZ-GOYA N.

H.U. SANTA LUCIA.

RESUMEN.

OBJETIVO: El presente trabajo pretende analizar cómo influye un parto por cesárea en la lactancia materna, determinando si se establece como un factor negativo y, en ese caso, plantear sencillas prácticas que puedan minimizar su impacto. **METODO:** Revisión bibliográfica. **RESULTADOS:** Los partos por cesárea en España se sitúan en un 25,3% del total. Esto justifica estudiar cómo afecta a la lactancia materna este tipo de partos. Desde los años noventa, han aparecido diversos estudios en revistas especializadas que ponen de manifiesto que la cesárea retrasa la primera toma de leche materna del recién nacido, aumentando las probabilidades de abandono de la lactancia materna en el primer mes de vida del bebé, aún cuando un alto grado de compromiso de la madre y el apoyo, tanto del personal sanitario como familiar, podrían aliviar la situación. Mientras el 34% de las mujeres con parto normal iniciaron una lactancia temprana, ninguna mujer que dio a luz por cesárea pudo hacerlo. Uno de los factores que influyen en el retraso en la primera toma es el dolor e incomodidad que presentan las madres tras la cirugía del parto por cesárea, siendo indiferente el hecho de que la cesárea sea programada o de urgencia. Aunque estudios posteriores, ratifican el impacto negativo de la cesárea en la lactancia, análisis críticos han puesto de manifiesto que los autores no han contemplado la diferencia en el manejo postnatal tanto de los recién nacidos por cesárea como de las madres. El contacto físico madre-bebé y el amamantamiento frecuente son reemplazados en la mayoría de estos nacimientos por contacto mínimo, separación temprana, suplementos alimentarios evitables, medicación, dolor y desinformación. Todo ello altera o retrasa el establecimiento del vínculo materno-filial y, en muchos casos, provoca el fracaso o el no inicio de la lactancia materna. **CONCLUSIÓN:** Se ha encontrado abundante documentación que confirma el efecto negativo que para la lactancia materna tienen los partos por cesárea. **Posibles actuaciones que pueden mitigar dicho efecto son:**

- Minimizar el tiempo que transcurre hasta el contacto físico madre-bebé
- Recomendaciones posturales a la madre para reducir el dolor durante el amamantamiento
- En cesáreas programadas, reforzar el compromiso de la madre con la lactancia materna antes del parto
- En el caso de cesáreas urgentes, realizar un seguimiento más intensivo del progreso de la lactancia.



P-040.- INFLUENCIA DEL SUEÑO EN EL DESARROLLO DEL RECIÉN NACIDO.

PACHECO-ADAMUZ MJ, RIVAS-CASTILLO MT, CORRAL-SEGADE ME.

EMPRESA PUBLICA HOSPITAL DE PONIENTE.

RESUMEN.

□ OBJETIVO: Identificar la influencia del sueño en el desarrollo del recién nacido □

METODO: Se realiza una revisión de la bibliografía disponible en la biblioteca Cochrane en inglés y en español, así como de las bases de datos Pubmed, Cuiden, CINAHL y Dialnet. La búsqueda se limita al periodo comprendido entre 2000 y 2012. Se han incluido los artículos que tratan sobre el desarrollo cognitivo, psicomotriz y temperamental del recién nacido **relacionado con el sueño.** □ RESULTADOS: El sueño facilita la maduración neuronal, con lo que facilita la preparación de los niños para procesar y explorar el medio ambiente.

Además, el sueño desempeña un papel en la consolidación de la memoria del material que se presenta mientras el bebé estaba despierto. Los procesos del sueño y más específicamente el sueño REM, dirige la maduración del cerebro, y en los recién nacidos la actividad REM se da de manera muy frecuente. Un estudio en ratas, en las que se suprimió de forma crónica la fase REM del sueño, provoca en los primeros meses del desarrollo, la distracción de la atención, sueños perturbadores, reducción de la función sexual y la reducción de tamaño de la corteza cerebral. Por último, las nuevas pruebas indican que una duración de sueño inferior a 12 horas al día en los primeros dos años de vida se asocia **a mayor grado de adiposidad y sobrepeso a los tres años.** □ DISCUSION: En la actualidad,

no tenemos datos suficientes para concluir que existe una relación causal entre el sueño infantil y el desarrollo cognitivo, psicomotriz, y el desarrollo de su temperamento. Además, se necesita una mejora de las herramientas de evaluación existentes. Sin embargo si existen coincidencias con varias revisiones en cuanto a la relación entre el sueño y el sobrepeso.



P-041.- LA ANQUILOGLOSIA Y EL ÉXITO DE LA LACTANCIA MATERNA.

SELVA-CABAÑERO P, MORA-LORENTE J, FUERTES-CÁNOVAS Y, SUÁREZ-CORTÉS M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA.

RESUMEN.

La anquiloglosia es un defecto congénito relativamente común, con una prevalencia en torno al 4.8%. Se caracteriza por la falta absoluta o parcial del movimiento de la lengua, debido a un frenillo lingual muy corto. Antiguamente la anquiloglosia era detectada y remediada por la matrona de forma rutinaria, cuando la lactancia artificial se extendió, esto dejó de suceder. Actualmente la lactancia materna ha recuperado su posición y las dificultades que se puedan presentar para llevarla a cabo han vuelto a resurgir. Existe controversia a la hora de decidir si realmente es un problema para amamantar. La mayoría de los documentos revisados coinciden en la dificultad del amamantamiento cuando el bebé padece anquiloglosia ya que se pueden presentar los siguientes problemas: para la madre; dolor y lesiones en el pezón, repetidos cuadros de mastitis, isquemias por compresión del pezón contra el paladar, hay casos de hipogalactia y ocasiones en las que sucede todo lo contrario y nos encontramos con ingurgitaciones y subidas de leche entre tomas. La madre puede sentirse frustrada y abandonará precozmente la lactancia. Para el bebé; tomas interminables, estarán llorosos e irritables, no aumentan de peso adecuadamente, gases y cólicos. Todos los documentos revisados coinciden en la falta de estudios, métodos de diagnóstico y clasificación de la anquiloglosia y la no existencia de criterios unificados para decidir o no una intervención quirúrgica. La mayoría de los documentos nos da la frenotomía como tratamiento de elección en los niños con anquiloglosia que presenten dificultades en el amamantamiento, siendo este un procedimiento seguro y eficaz. La frenotomía consiste en un cortecito de 2 a 3 mm en la porción más delgada del frenillo lingual, con un sangrado nulo o escaso e inmediata colocación al pecho de la madre. En niños menores de 4 meses no se requiere anestesia ya que el frenillo carece en esos momentos de inervación sensitiva. OBJETIVO: Revisar la prevalencia de la anquiloglosia y las dificultades que se presentan en el amamantamiento. METODO: Hemos revisado 27 documentos entre entre los que encontramos casos clínicos, artículos de revisión y diferentes tipos de estudio. Conclusiones: Dadas las evidencias científicas actuales consideramos que la anquiloglosia dificulta la lactancia materna pero gracias a técnicas como fisioterapia de succión o quirúrgicas como la frenotomía, la lactancia materna puede ser exitosa en estos niños.



P-042.- LA PATERNIDAD Y EL APEGO.

PALOMO-GÓMEZ R, FERNÁNDEZ-ORDOÑEZ E, HERNÁNDEZ-RABAL M, SÁNCHEZ-RUIZ P, MARTÍNEZ-CASTELLÓN N, ROMEU-MARTÍNEZ M.

H.R.U CARLOS HAYA (MATERNO INFANTIL).

RESUMEN.

OBJETIVO: Dar a conocer la importancia de la figura del padre en el vínculo social y afectivo que rodea al hijo en el periodo de embarazo, parto y puerperio. METODO: Revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: PubMed, CINAHL, Cochrane, ScieLo, Medline Plus. RESULTADOS: Los diversos cambios tecnológicos, económicos e ideológicos que han tenido y tienen lugar en nuestra sociedad están dando una nueva definición de la figura de padre. El padre va asumiendo más responsabilidad en los cuidados, la crianza y apego de los hijos. Las decisiones legales han afectado también al padre, que tras el divorcio asumen custodias. Todos estos cambios han convertido a la actuación de forma activa en la crianza de los hijos. El papel del padre es importante no solo en relación a los vínculos emocionales, sino está también plenamente relacionado con el desarrollo social, cognitivo y lingüístico y no solo es importante a lo que se refiere a efectos inmediatos, a corto plazo, sino que sus consecuencias se prolongan a lo largo de todo el futuro, imprimiendo caracteres que moldean todo el proceso evolutivo. Ante la llegada de un hijo, es fundamental que el padre esté presente desde el primer momento y que participe activamente en sus cuidados. Esto trae una relación de afecto sólida y duradera, además de seguridad en el niño. La empatía, las ganas de compartir, el afecto, la capacidad de amar y de ser amado, se cuentan entre las características que definen a una persona asertiva y feliz y están asociadas al apego formado en la infancia y la niñez temprana. Y si bien es cierto que a lo largo de la vida cada ser humano desarrolla su propia personalidad, se advierte que los estudios psicológicos han confirmado que los bebés que logran tener un buen apego desde el momento de nacer van a ser niños y adultos más seguros de sí mismos, van a buscar la satisfacción a sus necesidades en las demás personas o instituciones con quien les toque vincularse y también van a ser capaces de acoger las necesidades de otros. DISCUSION: Con este trabajo se pretende resaltar la figura paterna en el contexto del apego como elemento fundamental en el desarrollo socio-emocional en el que se desarrolla un niño, creando un vínculo desde el embarazo, momento del parto, postparto y niñez en el que desarrollara unas capacidades en la que dichos padres son participes e influyen para todas sus nuevas etapas de la vida.



P-043.- AUTOMASAJES DE FONDO UTERINO EN PUERPERAS MULTIPARAS PARA LA PREVENCIÓN DE ENTUERTOS.

HIGUERAS A, RAMÍREZ C*, VELÁZQUEZ V.

HOSPITAL DE OSUNA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: 1-Conocer si los automasajes en fondo uterino en puérperas multíparas en postparto inmediato y precoz son útiles como profilaxis de dolor asociado a contracciones uterinas postparto. 2-Comprobar si existen diferencias significativas respecto a la aparición de anemia postparto entre puérperas que realizan y que no realizan el automasaje uterino. 3-Describir y cuantificar la incidencia y duración de sensaciones dolorosas asociadas a contracciones postparto en el grupo control. 4-Valorar el grado de satisfacción de esta recomendación clínica. 5-Cuantificar el uso de analgésicos para el dolor abdominal en grupo control y de estudio, valorar diferencias significativas. METODOS: Estudio experimental, de cohortes, realizado en nuestro Hospital. Aleatoriamente según número de Historia Clínica sea par o impar, se asignan puérperas multíparas (número de parto: dos o más) a un grupo no expuesto (no se instruyen ni recomienda automasaje uterino) o al grupo expuesto (en sala de recuperación de postparto inmediato, se instruye y recomienda realizar automasaje en fondo uterino durante 5 minutos 3 veces al día, durante los siguientes 5 días. Tanto al grupo no expuesto como al expuesto se le preguntará por percepción de dolor asociado a contracciones uterinas postparto, mediante Escala Visual Analógica (0 a 10) al día siguiente al del parto, en el momento de realizar prueba de metabopatías (tercer a quinto día) y en la visita puerperal con la matrona (entre 8 y 12 días tras el parto). En esta misma consulta se cursará analítica hemograma, ya incluida dentro del proceso de atención al embarazo, parto y puerperio. Así mismo, se preguntará por consumo de analgésicos en cada uno de los tres momentos mencionados. Se recogen y se analizan estadísticamente los datos. Puérperas primíparas, con parto no eutócico, y/o con alguna patología del alumbramiento son criterios de exclusión, así como la negación a participar en el estudio y las madres con lactancia artificial.

“Este resumen corresponde a un Proyecto de Investigación, a desarrollar próximamente en los próximos meses, pendiente actualmente de estudio y aprobación por el Subcomité de Ética de la Unidad de Investigación de nuestro hospital. Es por eso que no procede actualmente la descripción de resultados y discusión. Éstos, de responder positivamente a la hipótesis principal sobre beneficios de esta práctica clínica, supondrían la base para establecer protocolariamente recomendaciones en nuestro servicio”.



P-044.- PROLONGACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA GRACIAS A GRUPOS DE APOYO INTRAHOSPITALARIOS.

SESMERO-GAMBÍN C*, MAJÁN-SESMERO CT, RAMÍREZ-PELÁEZ H, GONZÁLEZ-MUÑOZ E.
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO CIUDAD REAL.

RESUMEN.

OBJETIVOS: - Destacar la importancia de la existencia de grupos de apoyo a la lactancia dentro del propio hospital. - Analizar las motivaciones de las mujeres para recibir dicho apoyo y responder a sus demandas. - Evaluar la eficacia de informar sobre la lactancia a las gestantes o puérperas, respecto al inicio y mantenimiento de la misma. **MÉTODOS:** La información está dirigida a puérperas y a gestantes ingresadas (por cualquier motivo) que desean recibir dicha información. - Proporcionar encuestas a las mujeres sobre conocimientos previos en lactancia, motivación de recibir información, demandas, problemas y otras encuestas sobre grado de satisfacción de la información recibida. - Clases teórico-prácticas grupales 2- 3 días/semana e impartidas por equipo multidisciplinar: matronas, enfermeras, pediatras, asociaciones de lactancia. - Realizar un seguimiento postingreso para valorar la duración de la lactancia. - Revisión de artículos publicados en Bases de datos: Pubmed, Cochrane, Cuiden. **RESULTADOS:** Tras el análisis de las variables por métodos estadísticos y comparando los resultados con los obtenidos en estudios similares, se llega a la conclusión de que el apoyo profesional y no profesional juntos prolongaron significativamente la duración de "cualquier lactancia materna" (incluida la lactancia materna parcial y la exclusiva), sobre todo, la duración de la exclusiva. **DISCUSION:** Son conocidos los múltiples beneficios de la lactancia materna para los recién nacidos y las madres, respecto a lactancia artificial. En 2003, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó alimentar a los recién nacidos exclusivamente con leche materna hasta los seis meses de edad. Sin embargo, las tasas de inicio o duración de lactancia materna en muchos países desarrollados son aún insuficientes. Las implicaciones que esta iniciativa tiene en la práctica son: - Mantenimiento de la lactancia materna el mayor tiempo posible por sus importantes beneficios para la madre y el recién nacido. - Responsabilizar a diferentes profesionales y asociaciones de la importancia de constituir un grupo de apoyo a la lactancia en el hospital. - Mejorar la calidad asistencial a las gestantes y puérperas.



P-046.- CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN LOS TALLERES DE LACTANCIA MATERNA A GESTANTES Y PUÉRPERAS.

ALCÁZAR-CONTRERAS N, PEDREÑO-LOPEZ JA, CONTRERAS-GIL F, LÓPEZ-FUENTES J, ELENA-ELENA MC, CONTRERAS-GIL J*.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA.

RESUMEN.

INTRODUCCIÓN Los principales problemas que aparecen durante la lactancia materna (pezones doloridos, grietas, ingurgitaciones) se deben a un mal agarre del niño al pecho, una mala posición de la madre o a una combinación entre ambos. Es un compromiso para los profesionales sanitarios, favorecer el aprendizaje de las madres que quieren dar el pecho, y ayudar en las iniciativas de amamantar y conocer los beneficios de la lactancia materna. Se ha llevado a cabo una serie de seminarios impartidos por matronas y enfermeras a mujeres gestantes y a puérperas. Se pretende resolver los problemas o dificultades que se plantean en este período, proporcionando la comunicación positiva y el estímulo a la instauración de la lactancia materna. **OBJETIVOS:** Ayudar mediante el aprendizaje de cómo colocar bien al bebé en distintas posiciones. Estimular a las madres en el inicio de la lactancia materna. Facilitar la comunicación con la matrona, enfermera/ro adoptando comportamientos positivos. Establecer un contacto que muestre una mayor receptividad para la enseñanza de dar el pecho a su hijo. **MÉTODOS:** Se imparten 8 seminarios a 121 mujeres en total. Durante los 60 minutos que transcurre la charla se proyectan 10 fotografías ilustrativas de las distintas posiciones que pueden adoptar la madre, en el momento de dar el pecho haciendo hincapié en los beneficios que pueden obtener si adopta dichas posiciones, como la prevención de grietas, dolores de espalda, contracturas musculares... **PALABRA CLAVE:** lactancia, aprendizaje, satisfacción. **RESULTADOS:** Asistieron a los talleres 121 mujeres, el 46% eran puérperas y el 54% eran gestantes. La media de edad de las asistentes se sitúa en los 32 años. El contenido de los talleres es considerado satisfactorio y muy valorado. En un porcentaje muy alto se resuelven las dudas planteadas. El tiempo de duración de los talleres lo consideran idóneo. Todas las mujeres consideran las charlas muy interesantes y las explicaciones muy buenas. **DISCUSIÓN:** Los resultados expuestos ponen de manifiesto los conocimientos y habilidades adquiridos por las asistentes, ayudan a prevenir y controlar los problemas físicos que pueden aparecer durante la lactancia. Destacar la información y el aprendizaje que reciben las madres en relación a los beneficios de la leche materna, así como adoptar actitudes positivas que favorezcan y prolonguen el periodo de lactancia.



P-047.- EVOLUCIÓN DEL PAPEL PATERNAL HACIA LA COOPERACIÓN EN EL PUERPERIO.

MORENO L*, MARTÍNEZ I.

H.U. VIRGEN MACARENA.

RESUMEN.

OBJETIVO: Explicar cómo el papel del padre durante el puerperio ha evolucionado en diversas culturas y definir la situación actual de la paternidad puerperal. METODO: Realización de un metaanálisis de los artículos referentes a la paternidad en el puerperio. Búsqueda en la Biblioteca Cochrane Plus, Pubmed, Medline, Cinahl, Dialnet y revistas electrónicas en internet. Para ello se han utilizado los siguientes criterios de búsqueda: paternidad /fatherhood y puerperio/puerperium. RESULTADO Se encontraron 190 artículos con dichos criterios de búsqueda, de los cuales se han utilizado 6 para realizar esta revisión. Dos de ellos son revisiones sistemáticas y los cuatro restantes estudios de apoyo a la investigación. En uno de ellos se argumenta que los malayos musulmanes del sur de Tailandia llevan a cabo unas prácticas tradicionales en el parto y el puerperio como marcador de identidad étnica y religiosa. En otro de ellos encontramos que el colectivo de padres dentro de un entorno multicultural es activo en la atención materno - infantil y las tareas del hogar aunque limitados en cuanto a responsabilidades profesionales. También encontramos en otro estudio la necesidad de una adecuada preparación para los padres antes del nacimiento. Importante en una de las revisiones como tema central las acciones de atención y del cuidado en el ambiente doméstico como acciones desarrolladas por el padre durante el puerperio. En la otra revisión encontramos en el postparto temprano como temas destacados en la paternidad la falta de sueño y la fatiga, así como sus consecuencias. DISCUSION: En la actualidad y gracias a las concepciones de género existe una paternidad tradicional arraigada en la cultura masculina. A pesar de ello, hoy en día sabemos que el padre contribuye activamente a las prácticas de las mujeres después del parto, aunque ello suponga un conflicto entre el trabajo y la familia. En las primeras 4 - 10 semanas postparto existe una preocupación sincera por el bienestar de la madre y el bebé, lo que hace que la mayoría de los padres manifiesten la importancia de una adecuada preparación anterior al parto. Los padres de hoy en día proporcionan consejos a sus mujeres que remiten a la prevención, y manifiestan que el permiso de trabajo por paternidad no contempla las necesidades reales ya que su familia requiere mayor dedicación porque a la vez que cooperan en el cuidado materno - infantil y las tareas del hogar, garantizan la protección financiera de la familia.



P-048.- MADRES, RECIEN NACIDOS Y EDUCADORES PARA LA SALUD. REVISIÓN DEL TRABAJO CON LOS GRUPOS DE POSTPARTO.

CREUS-PUJOL D, TEIXIDO-SENAR O, MONTE-MORA T.

CAP BALAFIA PARDINYES SECÀ DE SANT PERE.

RESUMEN.

Introducción Los grupos de madres y recién nacidos en nuestro centro se iniciaron el día 1 de septiembre del 2003 y hemos recogido datos hasta marzo del 2012. El trabajo con los grupos ha sido desarrollado por la matrona con la colaboración de la enfermera pediátrica. La matrona ha impartido las actividades de recuperación física, el masaje para los recién nacidos y las clases teóricas (masaje infantil, sexualidad y métodos anticonceptivos, recuperación postparto, cuidados y controles ginecológicos). La enfermera pediátrica ha asumido la exposición de los temas relacionados con los cuidados del bebé. La presencia del profesional de pediatría ha facilitado a las madres las consultas relacionadas con el recién nacido. OBJETIVOS: **Compartir experiencias, acompañar y apoyar la lactancia materna.** **Conocer los beneficios del masaje infantil, enseñar y practicar su técnica.** Facilitar los conocimientos básicos para favorecer y acompañar el desarrollo del bebé durante el primer año de vida. **Potenciar la recuperación física de la madre.** **Trabajar y profundizar en los cambios que conlleva la maternidad.** METODO: Estudio descriptivo de una actividad de salud comunitaria realizada desde septiembre de 2003 a marzo de 2012. Se han hecho 53 grupos cerrados (de 10 a 16 madres por grupo), en total 667 madres i 672 bebés (unos trigéminos y tres mellizos). Las dos revisiones del programa, hechas en los años 2006 y 2009 mediante las encuestas de satisfacción han permitido adaptar los contenidos teóricos y la dinámica de los grupos a las propuestas de las madres. Las encuestas son anónimas y recogen el grado de satisfacción de las madres. Indicadores: Puntuación cualitativa de los contenidos teóricos y prácticos. RESULTADOS: El 84% han manifestado que la práctica regular del masaje y el trabajo de grupo les ha ayudado a sentirse más tranquilas y confiadas y a entender mejor que le pasa a su bebé. Han mejorado la relación y el contacto con el recién nacido: mucho el 37%, bastante el 5% y un poco el 12%. De 8 sesiones por grupo se pasaron a 6 en el año 2006 para facilitar el acceso a más madres y recién nacidos. DISCUSION: La valoración de los contenidos de las charlas educativas ha sido muy satisfactoria. El análisis del resultado de las encuestas nos ha permitido adaptar el programa para hacerlo más eficaz y más práctico. Las encuestas de satisfacción realizadas a grupos cerrados pueden ser un buen instrumento para la autoevaluación de los programas educativos.



P-049.- MÉTODO KASSING: TÉCNICA DE ALIMENTACIÓN COMPATIBLE CON LA LACTANCIA MATERNA.

CUBILLAS-RODRÍGUEZ I, RAMOS-RODRIGUEZ T*, NIETO-CAMACHO J, TORRES-DÍAZ A, LÓPEZ-MOLINA A, DÍAZ-ZURDO MJ.

HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE MÁLAGA.

RESUMEN.

Introducción: El mejor envase para dar la leche materna al bebé son, sin duda, los pechos de su madre. Pero puede ocurrir que por algún motivo se tenga que recurrir a la suplementación con biberón como puede ser que bebé o madre estén enfermos, separación del bebé, o si se va a usar de forma esporádica y se desea volver posteriormente a la lactancia materna exclusiva. OBEJTIVO: Conocer la técnica del método Kassing: - Indicaciones: Incorporación de la madre al trabajo. El uso del biberón es temporal (la madre está tomando alguna medicación que impida dar leche materna). El pediatra indique una suplementación... - Conocer el método: a) Tipo de material necesario: tetina larga, blanda, con base estrecha... b) Posicionamiento del bebé y de la madre. METODOLOGIA: Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos: Cuiden, Medline y Cinhal tanto en lengua española como inglesa. Resultado: El método Kassing recrea las condiciones más parecidas al pecho, en cuanto a esfuerzo, estimulación y enganche. Es un método útil para mantener la lactancia materna mixta. Al contrario que el vaso, cuchara o jeringa ayuda a preparar al bebé para la vuelta al pecho. DISCUSION: El método Kassing es un método de alimentación con biberón que requiere que los bebés desarrollen habilidades y uso de la anatomía oral de manera similar a la lactancia materna. Por tanto es una técnica que profesionales de la salud como matronas, enfermeras, pediatras, ginecólogas... deben conocer para poder enseñar a las madres como una alternativa a la lactancia cuando ésta en ciertas circunstancias no se pueda realizar. Se trata de una técnica fácil de enseñar tanto al personal como a los padres.



P-050.- DEPRESIÓN POSPARTO.PAPEL DE LA MATRONA.

PONCE-MARTÍNEZ E*, ALCOLEA-LÓPEZ M, GARCÍA-GÓMEZ N.

RESIDENTE DE MATRONA UNIDAD DOCENTE DE MURCIA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: • Destacar la importancia de la detección precoz de la depresión posparto • Conocer el papel de la matrona para detectar la depresión posparto • Reconocer a la matrona como el personal sanitario idóneo en la detección de la depresión posparto
METODO: Estudio descriptivo basado en una revisión bibliográfica en cuanto al papel de la matrona en la detección precoz de la depresión posparto. **RESULTADOS:** Es esencial su diagnóstico precoz y un tratamiento temprano pero en el ámbito de la salud de la mujer, hay pocos profesionales que criban de manera sistemática la vulnerabilidad a presentar el trastorno durante el periodo prenatal, en el periodo preconcepcional e incluso profesionales que presentan dificultades para su detección correcta por lo que impide su derivación a otros profesionales. **DISCUSION:** Constituye un grave problema de salud pública, puede tener efectos duraderos y devastadores para la madre, su hijo y su familia, por lo que un manejo multidisciplinario debe estar disponible en todos los niveles de atención. La visita puerperal en el centro de salud es un momento clave para que la matrona valore ciertos aspectos relacionados con la salud mental de la mujer y poder así detectar cualquier desviación. Los elementos esenciales para el cuidado asistencial de las mujeres son una aguda capacidad para discriminar de forma precoz la depresión posparto y, posteriormente, iniciar un tratamiento lo más pronto posible. Uno de los papeles más importantes de la matrona es la de buscadora de casos, escuchando y guiando a la futura madre y no seguir ignorándolo realizando un cribado congruente de la depresión posparto con escalas como Edimburgo entre otras.



P-051.- PROYECTO DE PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN EL ÁREA DEL HOSPITAL GENERAL DE ALMANSA.

HERRERO-OLIVER R.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE.

RESUMEN.

1. OBJETIVOS: - Sensibilizar a las gestantes, puérperas y madres de la importancia que tiene el hecho de dar lactancia materna y de los beneficios que reporta, tanto a nivel fisiológico como emocional, para el lactante y para la madre. - Estandarización de la información que se proporcione a las madres. - Que socialmente se considere la lactancia materna como algo natural, fisiológico y beneficioso para la diada madre-hijo. 2. METODO: Estudio observacional descriptivo (a través de entrevista verbal) en el Área de Salud del Hospital General de Almansa, realizado en la rotación por la planta de Obstetricia, Pediatría y paritorio. Para el estudio se preguntó a las madres si se sentían "bien informadas" y apoyadas por los profesionales, en su decisión sobre el tema de la LM durante todo el embarazo a su paso por los diferentes dispositivos como puede ser Educación Maternal en AP, Atención Especializada, planta de Obstetricia, CEX Obstetricia, etc. 3. RESULTADO. A estas preguntas, la mayoría de las mujeres se sentían apoyadas en su decisión de dar LM pero encontraban mucha ambivalencia y confusión en la información recibida porque difería de un profesional a otro, por lo que les resultaba difícil tomar una decisión a la hora de enfrentarse a las dificultades y complicaciones de la LM. Una minoría no se sentían informadas ni apoyadas por el personal sanitario a la hora de dar LM, tanto en A.P y en Atención Especializada (planta de Obstetricia). La gran mayoría de ambos grupos coincidían en que le resultaría útil un formato papel al que poder recurrir para informar de a quién, cuándo y cómo recurrir en caso de que aparezcan dudas o complicaciones con la LM, tanto en paritorio y la hospitalización (dónde se inicia la LM) como luego en su domicilio. 4. DISCUSION: Dado que la evidencia científica demuestra los beneficios de la lactancia materna en la mujer y en el lactante, las instituciones sanitarias y los profesionales estamos en la obligación de proporcionar todos los recursos disponibles para promocionar y apoyar la lactancia materna desde todos los dispositivos por los que pasan las mujeres a lo largo de su asistencia sanitaria durante la gestación y puerperio. También es indispensable la promoción de la lactancia materna a nivel socio-cultural para brindar a la mujer los apoyos y redes sociales necesarios para que se le refuerce en su decisión de dar el pecho, y que esto sea tenido en cuenta como algo natural, fisiológico y necesario para la salud del lactante y su madre, y no como una mera "moda pasajera". Es importante que las matronas exploten al máximo sus competencias y funciones, incluyendo la promoción de la LM, independientemente de las preferencias y creencias personales de los profesionales.



P-052.- EN BUSCA DE LA CALIDAD: EPISIOTOMIA O DESGARRO.

MARTÍNEZ-MARTÍN E*, MARTÍNEZ-GALÁN P, MACARRO-RUIZ L, MANRIQUE-TEJEDOR J, MIGUÉLEZ-LLAMAZARES L, PÉREZ-DE LA HIJA P.

HOSPITAL GENERAL DE SEGOVIA.

RESUMEN.

INTRODUCCION: Una episiotomía es una incisión quirúrgica hecha en el periné que amplía el introito para el nacimiento del lactante. Actualmente se cuestiona la realización de rutina de esta técnica porque muchos estudios han demostrado que los supuestos benéficos pueden ser desfavorables para la integridad futura del periné. El uso restrictivo se asocia a un menor riesgo de traumatismo perineal posterior y necesidad de sutura. Los desgarros del periné y de la vagina pueden presentarse con o sin episiotomía. OBJETIVO: La importancia en la elección de realizar una episiotomía para evitar un desgarro o dejar que la mujer se desgarre de forma natural o no durante la segunda etapa del parto. MATERIAL Y METODO: Realizado un estudio descriptivo transversal, durante el segundo semestre del año 2011. En él se han incluido a 1314 parturientas; de las cuales 389 (29,60%) fueron cesáreas y 925 (70,39%) fueron partos. RESULTADOS: Desde hace años se practica la realización de la episiotomía de forma selectiva en contraposición de la de rutina y podemos observar que: De los 925 partos, en el 28,11 % de los casos se les realizó episiotomía, en el 34,11 % de los casos presentaron desgarro y el 37,78% permanecieron con periné íntegro. Presentaron desgarros de primer grado el 42,76% de las parturientas desgarradas; de segundo grado el 55,30 % y de tercer grado el 2,25%. Lo más importante es que el 42,78% de las parturientas permanecieron con el periné íntegro lo cual fue muy positivo para su recuperación. DISCUSION Durante el desarrollo de nuestro estudio nos hemos encontrado con una multitud de trabajos en los que se aborda este tema, pero en los que no se llega a ninguna conclusión clara de cual de las dos vertientes; si el desgarro o la episiotomía es más beneficiosa. Sería muy interesante el hacer participe a la mujer durante el parto; es muy importante la educación sanitaria que se le de a la mujer y que ella misma pudiera trazar su plan de parto para que así ella también este mas tranquila y pueda elegir dentro de las posibilidades lo que ella prefiere que se le realice. Es evidente que se deben de realizar más estudios para poder aportar a las parturientas una atención de calidad durante el parto que no conlleve perjuicios posteriores. Muchas preguntas las que quedan en el aire y mucho camino por investigar para llegar a una conclusión clara de lo que es más beneficioso y como podemos llegar a ofrecer una mayor calidad a la parturienta.



P-053.- USO DE LUBRICANTE DURANTE LA SEGUNDA ETAPA DEL PARTO PARA LA PREVENCIÓN DE TRAUMAS PERINEALES.

MARTÍNEZ-GALÁN P*, MACARRO-RUIZ L, MANRIQUE-TEJEDOR J, MIGUÉLEZ-LLAMAZARES L, PÉREZ-DE LA HIJA P, MARTÍNEZ-MARTÍN E.

HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD.

RESUMEN.

OBJETIVO: Determinar si existe suficiente evidencia científica para el uso de lubricantes durante la segunda etapa del parto para la prevención de traumas perineales **MATERIAL Y METODO:** Revisión bibliográfica sobre ensayos controlados aleatorios que examinaron la administración de gel en el periné durante la segunda etapa del parto. Se realizó una evaluación independiente sobre la elegibilidad y calidad de los estudios. Para ello se realizó una búsqueda en las principales bases de datos: pubmed, Cochrane, guía NICE, cuiden, scielo, etc. **RESULTADOS:** La mayoría de los partos vaginales van acompañados de traumas en el tracto genital. Esto causa dolor, disfunción sexual, infección, incontinencia, prolapsos, etc. El uso del gel para la prevención de traumatismo perineal es ampliamente usado por parte de las matronas sin cuestionarse sobre la evidencia científica disponible sobre ello. Los estudios revisados tienen como muestra mujeres nulíparas cuyos partos son atendidos por matrona, en ausencia de complicaciones e intervenciones, en uno de ellos se incluyó el uso de oxitocina. En todos se llega a la conclusión de que el uso del gel (tipo vaselina) no disminuye con una significación estadística los traumas perineales, si bien se observa en uno de ellos como el uso de gel obstétrico disminuye la duración de la segunda etapa del parto. El uso de compresas con calor húmedo aplicadas en la segunda etapa del parto en la zona perineal así como la postura materna disminuye la probabilidad de sufrir un trauma. Igualmente se consigue esta disminución del riesgo de sufrir trauma perineal a través del masaje perineal previo al parto. Se ha observado como el masaje perineal en la segunda etapa del parto no influye sobre el riesgo de trauma, y debido a las molestias que sufre la mujer no se recomienda su uso. **CONCLUSIONES:** La disminución de la incidencia de traumatismos perineales durante el parto, es un reto para todos los profesionales que se dedican a la asistencia al parto. Se puede afirmar que el uso de vaselina líquida en el periné durante el periodo expulsivo no disminuye la incidencia o grado de laceración perineal. Para conseguir una disminución de desgarros o episiotomías se debe usar el masaje perineal unas semanas previas al parto, aplicar compresas calientes durante el expulsivo y realizar el parto en una posición materna en la cual se disminuya la presión a los tejidos perineales y favorezca el flujo sanguíneo.



P-054.- MANEJO DEL SULFATO DE MAGNESIO PARA LA NEUROPROTECCIÓN.

MANRIQUE-TEJEDOR J*, MARTÍNEZ-MARTÍN E, MARTÍNEZ-GALÁN P, MACARRO-RUIZ L, PÉREZ-DE LA HIJA P, MIGUÉLEZ-LLAMAZARES L.

H.ARNAU DE VILANOVA LLEIDA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: -Conocer la etiología y factores de riesgo de la parálisis cerebral infantil - Conocer la eficacia y las pautas de actuación para el manejo del sulfato de magnesio como neuroprotector. **MÉTODOS:** Se realiza una revisión de la bibliografía disponible en la biblioteca cochrane en inglés y en español, así como en las bases de datos pubmed, cuiden y cinahl. La búsqueda se limita al periodo comprendido entre los años 2000 y 2011. **RESULTADOS:** El término parálisis cerebral infantil(pci), usado por primera vez en 1888, se define como un grupo heterogéneo de alteraciones no progresivas del sistema nervioso central secundarias a lesiones o malformaciones del cerebro producidas durante su desarrollo. Se considera la principal causa de discapacidad motora en la infancia, y su prevalencia oscila entre 1 y 3 casos por cada 1000 nacidos. El principal factor de riesgo de pci es la prematuridad y el peso < 1500gr. Se denomina neuroprotección a aquellas medidas que tomadas concomitantemente o antes de un fallo isquémico incrementan la tolerancia neuronal y mejoran su supervivencia. La principal aplicación del sulfato de magnesio es la preevención de la eclampsia.se comenzo a apuntar su acción neuroprotectora en los 80. En 2009 una revisión cochrane concluye que el tratamiento con sulfato de magnesio reduce de manera significativa el riesgo de parálisis cerebral. Existen 2 guías de actuación australiana y canadiense, que difieren en las semanas de aplicación y en la aplicación de dosis de repetición, coincidiendo en la posología. Se recomienda una dosis de 4gr en 20-30minutos y una perfusión de 1gr/h hasta el parto o 24h. La propuesta de protocolo se centra en gestantes entre 23 y 31+6 sg con probabilidad de parto prematuro en las siguientes 12h. **DISCUSION:** El sulfato de magnesio tiene un efecto neuroprotector frente a trastornos motores en el recién nacido muy prematuro, siendo un fármaco barato y con un buen perfil de seguridad. La investigación en el futuro debe centrarse en la evaluación de los niños a edades más tardías para valorar los efectos a largo plazo del fármaco sobre las funciones motora y cognitiva.



P-055.- PREPARACIÓN PRENATAL DE CALIDAD:EL MASAJE PERINEAL (MP).

MARTÍNEZ-MARTÍN E, MIGUÉLEZ-LLAMAZARES L, MACARRO-RUIZ L, MARTÍNEZ-GALÁN P.
HOSPITAL GENERAL DE SEGOVIA.

RESUMEN.

OBJETIVO: Aportar información actualizada sobre el MP antenatal como método que reduce la incidencia de traumatismo perineal en el parto. Evaluar si existe suficiente evidencia científica y conocer los beneficios del masaje obtenidos de los estudios científicos validados. **MATERIAL:** Búsqueda bibliográfica en lengua inglesa y española en las bases de datos principales en el periodo comprendido entre 1995-2011. **METODO:** Introduzca los dedos índice y corazón en la vagina. Presione hacia abajo y hacia los lados con un balanceo, hasta sentir un leve quemazón. Coloque los dedos en la horquilla de la vagina y realice una presión hacia abajo, unos 2 minutos o hasta que le moleste. Le ayudará a imaginar la presión que ejercerá la cabeza del bebé. Después coja esta zona entre el dedo pulgar y los opuestos, a modo de pinza, y realice un movimiento de vaivén, durante 2-3 minutos. Para terminar, mantenga los dedos en la misma posición, realice estiramientos desde dentro hacia afuera, durante 2 minutos, esto le ayudará a relajar la zona. Cambie las direcciones siempre que quiera. Si tiene cicatrices anteriores, masajearlas para hidratarlas bien. Frecuencia: 3 veces por semana durante 10 minutos. Como mínimo, 3 semanas a partir de la 34ª semana de gestación. **RESULTADOS:** Reduce hasta un 15% el trauma perineal e incluido la episiotomía en los partos vaginales. Si existe evidencia científica fiable que apoye esta técnica. Es más efectivo en primíparas y gestantes de 30 años o más. El masaje ayuda a disminuir el dolor del periné en el post parto. No es útil para disminuir la tasa de partos instrumentados. No es útil para disminuir la tasa de incontinencia urinaria y fecal. La mayoría de las mujeres encuentran el masaje aceptable. **DISCUSION:** Matronas y obstetras deben recomendar el MP a las mujeres, es una técnica sencilla, inocua, sin costes que puede ayudar a la mujer a tener un parto más satisfactorio, sin necesidad de sutura y por tanto mejor y más rápida recuperación post-parto. La realización sistemática demuestra una reducción de desgarros de 2º -3º grado, episiotomías y partos instrumentales. Siendo el grupo de mujeres mayores de 30 años las más beneficiadas. **Según la OMS: "La episiotomía sistemática no está justificada en absoluto".** Una valoración correcta del periné, el uso adecuado de métodos de protección durante el periodo expulsivo y su adecuada preparación durante el embarazo, deben considerarse una alternativa válida frente a la episiotomía.



P-057.- CUIDADO DE LA PIEL DEL RECIÉN NACIDO: MITO VS EVIDENCIA CIENTÍFICA.

MARTÍNEZ-GALÁN P, MARTÍNEZ-MARTÍN E, MIGUELEZ-LLAMAZARES L, MACARRO-RUIZ D.
CS VILLALUENGA DE LA SAGRA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: determinar la diferencia entre evidencia científica e información ofrecida a los padres. Evaluar la calidad de las publicaciones en relación al cuidado de la piel del recién nacido. METODO: Revisión bibliográfica de ensayos controlados aleatorios que examinaron los distintos métodos para el cuidado de la piel del RN. Se realizó una búsqueda en las principales bases de datos: pubmed, Cochrane, Asociación Española de pediatría, guía NICE, cuiden, etc. Comparando los datos con la información ofertada a los padres a través de publicaciones vía web en los diez primeros resultados de google al introducir "cuidados de la piel del recién nacido". RESULTADOS: La piel del RN no se debe lavar a diario, cuando se realce el baño podrá ser solo con agua o bien con jabones "no-der" con emolientes, aplicando una correcta hidratación tras este, evitando temperaturas superiores a 37° y su duración no debe exceder los 10 minutos. Al comparar esta información con la ofertada en las páginas webs, todas ellas abaladas en los conocimientos de un pediatra experto, en las que se explica en su totalidad la composición de la piel del RN. Si bien a la hora de exponer el método que deben seguir los padres para el baño hay diferentes teorías, en ninguna de ellas se comenta que este no sea preciso a diario, variando en el uso de cremas o no, dejándolo casi en exclusividad a la aparición de la piel seca. Igualmente hay variaciones en el uso de jabón, desde el uso de aquellos con glicerina hasta los no-der. La excepción de estas páginas es "baby center" en la cual explican con claridad los cuidados necesarios del RN basados en las recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría (dermatología). DISCUSION: Las últimas investigaciones son claras respecto a los cuidados de la piel del RN, pero muchos profesionales continúan dando recomendaciones sin actualizar. A esto hay que sumarle la gran variación entre los resultados obtenidos a través de la evidencia científica y la información a la que tienen acceso a través de internet. Esto genera en los padres desconfianza sobre qué método es el idóneo para realizar los cuidados de su RN. Conclusiones: El exceso de información al que se ven sometidos los padres que unido a su falta de experiencia puede hacer que cometan errores, cosa que se ve incrementado por la falta de consenso a la hora de dar recomendaciones sobre el cuidado del RN. Por ello se debe buscar unanimidad tanto por los profesionales como por las publicaciones.



P-058.- TENS COMO MÉTODO ALTERNATIVO PARA EL ALIVIO DEL DOLOR INTRAPARTO: USO CORRECTO, EVALUACIÓN Y RESULTADOS.

RUIZ-GÓMEZ E, JIMÉNEZ-ROLDÁN F, SÁNCHEZ-HERRERA S, PÉREZ ESPARZA-TORRES L, REYES-JIMÉNEZ S.

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Fomentar el uso de esta terapia alternativa en el manejo del dolor. Mostrar el manejo adecuado del dispositivo del TENS en el parto. **MÉTODOS:** Si bien la bibliografía consultada aconseja el uso del TENS en la fase latente, en nuestro hospital hemos aplicado dicha técnica en las diferentes etapas del parto para evaluar su eficacia. Para aplicar el tratamiento, se valora previamente el tipo de dolor referido por la gestante, ya que está indicado principalmente para el dolor de irradiación lumbar. Tras informar a las gestantes y solicitar su consentimiento, la gestante registrará su percepción dolorosa previa, en una Escala Visual Analógica o bien, en los casos de dificultad de comunicación, en una escala internacional de valoración del dolor. Se realizará la misma valoración al finalizar el uso del dispositivo. Los electrodos deben aplicarse sobre la piel a ambos lados de la columna, entre la 12ª vertebra dorsal y la 2ª sacra, que es la zona por la que penetran a la médula los nervios uterinos. Ya programado el dispositivo para este tipo de dolor, la gestante es instruida en el manejo del TENS, ya que es ella quien regulará. Al aumentar la sensación dolorosa durante la contracción la mujer debe ir aumentando la intensidad de la descarga, hasta que aparezca una ligera parestesia en la zona o sensación de cosquilleo. Una vez que disminuye la intensidad de la contracción, se debe disminuir la intensidad de la descarga. **RESULTADOS:** El TENS fue utilizado en un total de 20 gestantes en todas las fases del parto, tanto en evolución espontánea como en inducciones con PG u oxitocina. En el 100% de las mujeres se evidenció una reducción en la percepción del dolor lumbar en la escala EVA que oscilaba entre un 30 y un 70%. Las mismas volverían a utilizar el método y se lo recomendarían a otras mujeres. Sólo en una mujer no pudo valorarse su efectividad por dificultad en la comprensión del manejo. **DISCUSION:** El TENS es un método fácil de usar, económico, seguro y que puede ser indicado por la matrona. En nuestro medio ha demostrado ser eficaz para reducir el dolor lumbar fundamentalmente en la fase prodrómica, ya que debido al elevado número de mujeres que deciden beneficiarse de la técnica epidural, debemos ampliar durante la fase activa de parto. Es fundamental que la matrona conozca la forma de aplicarlo correctamente y que el servicio cuente con estos dispositivos para poder ofrecer esta alternativa.



P-059.- PROYECTO DE VISITA HOSPITALARIA EN PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PRENATAL.

FERNÁNDEZ-REGUERO B, GARCÍA-DE LA ROSA A, SÁNCHEZ-CALAMA A, SEVILLANO-LÓPEZ N, GONZÁLEZ-DOMÍNGUEZ MJ.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LEON.

RESUMEN.

OBJETIVO: Nuestro objetivo con el diseño de este proyecto es mostrar a las gestantes que acuden a programas de educación prenatal las diferentes estancias hospitalarias a las que pueden acudir durante su proceso de embarazo, parto y puerperio. Por otra parte identificar si la familiarización de las gestantes con la infraestructura sanitaria aporta o no beneficio. **METODO:** Se elaborará un tríptico informativo en el que aparecerán reflejadas todas las estancias hospitalarias a las que las gestantes podrán acudir durante su proceso de embarazo, parto y puerperio, que se entregará y expondrá en la educación prenatal. En dicho tríptico se reflejarán las indicaciones para acceder a las diferentes estancias (mapa guiado) y los principales motivo de consulta. La visita será guiada y realizada por la matrona de Atención Primaria en colaboración con las matronas de Atención Especializada. Dentro del itinerario programado de la visita se encontrarán: la sala de Urgencias, la sala de monitorización, las consultas de Alto Riesgo Obstétrico y Fisiopatología Fetal, la planta de maternidad, el paritorio y la sala de lactancia. Al finalizar el recorrido se le entregará a la gestante un cuestionario de satisfacción y evaluación de la actividad realizada, en el que tendrá que valorar de manera numérica la utilidad de dicha actividad y en que que si lo desea podrá realizar cualquier sugerencia y todo de manera anónima. **RESULTADOS:** Con la puesta en marcha de este proyecto queremos conocer cuan beneficioso puede resultar para las gestantes conocer el itinerario a realizar en las diferentes visitas que realizan a la infraestructura sanitaria. Conocer de qué manera puede influir en su confianza, en el sentimiento de control y fortaleza así como en la ansiedad que puedan manifestar. **DISCUSION:** Ante las escasas referencias bibliográficas halladas creemos que este proyecto puede arrojar más luz sobre la importancia de informar, asesorar y apoyar a las gestantes en todos los aspectos de su salud en este proceso de embarazo, parto y puerperio.



P-060.- NEUROTECCIÓN: CALIDAD ASISTENCIAL Y CUIDADOS A LA MUJER GESTANTE.

ENRÍQUEZ-RODRÍGUEZ I, MUÑOZ-ALBA E.

HOSPITAL TORRECÁRDENAS (ALMERÍA).

RESUMEN.

OBJETIVOS: Proveer cuidados de calidad en gestantes que reciben neuroprotección con sulfato de magnesio por amenaza de parto prematuro y concienciar a los profesionales de la importancia de proveer información y educación adecuadas a las mismas. METODOS: El presente estudio constituye una revisión bibliográfica sobre la neuroprotección con sulfato de magnesio. Se ha utilizado la base de datos PubMed y Cochrane. RESULTADOS: La prematuridad es el principal factor de riesgo para la parálisis cerebral y ensayos controlados aleatorios permiten establecer una función neuroprotectora del tratamiento prenatal con sulfato de magnesio. Los profesionales sanitarios deben ser competentes en su uso a nivel teórico y práctico. Resulta fundamental tanto proporcionar información a la mujer del proceso y de los efectos secundarios, como valorar los parámetros que indican que el tratamiento se está realizando con efectividad así como detectar potenciales complicaciones. DISCUSION: Una mayor satisfacción de las mujeres gestantes que se encuentran en riesgo de amenaza de parto prematuro y han de quedar hospitalizadas para recibir el tratamiento neuroprotector, conlleva que sean informadas adecuadamente de los objetivos que se persiguen, de las repercusiones del tratamiento y fundamentalmente, de que los cuidados asistenciales que en ella se promuevan sean de calidad. Se hace imprescindible el uso de guías que orienten la labor de los profesionales sanitarios y que éstos sean competentes en sus actuaciones de cara a favorecer el bienestar de la gestante en situación de riesgo.



P-061.- EFICACIA DE LA BUSCAPINA EN EL ACORTAMIENTO DEL TRABAJO DE PARTO.

MÁRQUEZ-SALAS N, MARTÍN-ESCOBAR N, ROSALES-SEVILLA R.

HOSPITAL COSTA DEL SOL MARBELLA.

RESUMEN.

OBJETIVO: Conocer la evidencia científica de los beneficios que aporta la administración de buscapina en el trabajo de parto. MATERIAL Y METODOS: Revisión bibliográfica a través de la Biblioteca Virtual de la Junta de Andalucía, usando diversos buscadores (Cochrane Library, PubMed, Tripdatabase, etc.) Resultado Butilescopolamina, también conocida como Butilbromuro escopolamina, Butilbromuro hioscina, Butilhioscina, Buscapina es un antiespasmódico abdominal, derivado de la escopolamina. Inhibe la transmisión colinérgica en los ganglios parasimpáticos abdominal y pélvica, aliviando así los espasmos en los músculos lisos de productos gastrointestinales, vías biliares, urinarias y los órganos genitales femeninos, especialmente en el plexo cérvico-uterino y por lo tanto ayudar a la dilatación. Además, alivia el dolor por su efecto parasimpatolíticos cervical. Su forma de presentación es: - comprimidos recubiertos - solución inyectable - supositorios - compositum grageas - compositum ampollas Algunos estudios se han llevado a cabo para evaluar los efectos de la buscapina en el acortamiento del trabajo de parto y sus vías de administración han sido la intravenosa o en supositorios. Los periodos del trabajo de parto son • I. Borramiento y dilatación • II. Expulsión del feto • III. Desprendimiento y expulsión de la placenta 1) Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2005 Apr; 45(2): 128-9. Efficacy of hyoscine-N-butyl bromide (Buscopan) suppositories as a cervical spasmolytic agent in labour. Sirohiwal D, Dahiya K, De M. Source Department of Obstetrics and Gynecology, Post Graduate Institute of Medical Sciences, Haryana, India. (Traducción: La eficacia de hioscina-N-butilo de bromuro de (Buscapina) supositorios como un agente espasmolítico cervical en el trabajo de parto) El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia y seguridad de hioscina-n-butilo bromuro (Buscapina) supositorios en la fase activa del trabajo de parto (una vez que se ha establecido el trabajo de parto). Es un estudio aleatorio prospectivo en 200 mujeres, 100 a las que se le administro buscapina via rectal y 100 de control. Los resultados para este estudio fueron que la primera etapa del trabajo de parto en el grupo experimental se redujo con respecto al grupo control en 244,19+/64,11- minutos, es una diferencia significativa. En la segunda y tercera etapa no hubo diferencias. No hubo mayor incidencia de partos quirúrgicos en el grupo de estudio. No se observaron efectos adversos en la madre o el feto. La conclusión del estudio fue que Hioscina-N-butil bromuro (HBB, Buscapina) supositorios fueron muy eficaces en la reducción de la duración



de la primera etapa del trabajo de parto. 2) Makvandi S, Tadayon M, Abbaspour M. Effect of hyoscine-N-butyl bromide rectal suppository on labor progress in primigravid women: randomized double-blind placebo-controlled clinical trial. *Croat Med J.* 2011 Apr 15;52(2):159-63. (Traducción: Efecto de hioscina-N-butil bromuro de supositorios rectales de la mano de obra los avances en primigestas: estudio aleatorizado, doble-ciego controlado con placebo ensayo clínico) Este estudio se llevo a cabo para determinar los efectos de la escopolamina-N-butil bromuro de (HBB) supositorio en el trabajo de parto en primigestas. Se hizo un estudio aleatorio doble ciego con 65 con placebo y 65 a las que se le administro HBB 20mg. El resultado fue que en el grupo experimental la tasa de dilatación cervical era de 2,6 cm / h y 1,5 cm / h en el grupo control . No hubo diferencia significativa entre los dos grupos en la frecuencia cardíaca fetal, el pulso materno, tensión arterial materna y la puntuación de Apgar al 1 y 5 minutos después del nacimiento. Las conclusiones fueron que el uso de supositorios rectales de HBB puede acortar el trabajo de parto sin efectos secundarios significativos. 3) Aggarwal P, Zutshi V, Batra S. Role of hyoscine N-butyl bromide (HBB, buscopan) as labor analgesic. *Indian J Med Sci.* 2008 May;62(5):179-84. (Traducción: Papel de la hioscina N-butil bromuro de (HBB, Buscapina) como la mano de obra analgésico.) Este estudio se realizó para observar los efectos del HBB 40 mg por vía intravenosa como analgésico y acelerador en el trabajo de parto. Es un ensayo prospectivo aleatorio de control y se llevó a cabo en 104 primiparas con feto único vivo en presentación cefálica, con trabajo de parto espontaneo , entre la 37-40 semanas de gestación. Las mujeres fueron escogidas al azar, grupo experimental (grupo I) y control (grupo II) , cada uno con 52 pacientes después de excluir los factores de alto riesgo, como la preeclampsia, la hemorragia antes del parto, cicatriz uterina anterior y de las demas contraindicaciones para el parto vaginal. El grupo I recibió 40 mg de HBB como una inyección intravenosa lenta en la fase activa del trabajo de parto mientras que el grupo II recibió 2 ml de solución salina normal. Las puntuaciones de dolor fueron evaluados al inicio y dos horas más tarde. Los resultados fueron el alivio del dolor del 35,6% en la escala visual analógica con el uso del HBB. La duración media del trabajo de parto fue de 3 horas y 46 minutos en el grupo I en comparación con 8 horas 16 minutos en el Grupo II. No se observaron efectos maternos adversos. Con lo cual llegaron a la conclusión de que administrada de forma intravenosa la hioscina N-butil bromuro causa el alivio del dolor de hasta un 36% y acorta la duración del trabajo de parto sin ningún tipo de efectos adversos a corto plazo en el feto o en la madre. 4) Samuels LA, Christie L, Roberts-Gittens B, Fletcher H, Frederick J. The effect of hyoscine butylbromide on the first stage of labour in term pregnancies. *BJOG.* 2007 Dec;114(12):1542-6. (Traducción: El efecto de butilbromuro de hioscina en la primera etapa del trabajo de parto en embarazos a término)



El objetivo de este estudio es determinar si butilbromuro de hioscina acorta la primera fase del trabajo de parto, sin un aumento en las complicaciones maternas o neonatales. Se hizo un estudio aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo en mujeres con trabajo de parto espontáneo a término. Se estudiaron un total de 129 mujeres. De ellos, 69 mujeres recibieron el placebo y 60 recibieron butilbromuro de hioscina. El tiempo medio para la primera etapa en el grupo de control fue de 228 minutos, en comparación con 156 minutos en el grupo de fármacos, lo que representa una disminución de 31,7%. No hubo cambio significativo en la duración de las etapas segunda y tercera del trabajo de parto, y no hubo diferencia en la pérdida de sangre o en las puntuaciones de Apgar. Hubo una ligera (pero estadísticamente insignificante) aumento en la tasa de cesárea. En conclusión el Butilbromuro de hioscina es eficaz para reducir significativamente la duración de la primera etapa del trabajo de parto, y no se asocia efectos adversos obvios en la madre o el neonato. Discusión Según los estudios encontrados dentro de los 10 últimos años llegamos a las siguientes conclusiones: • La primera etapa del trabajo de parto en 244,19+/-64,11 minutos. La Hioscina-N-butil bromuro (HBB, Buscapina) supositorios fueron muy eficaces en la reducción de la duración de la primera etapa del trabajo de parto. En la segunda y tercera etapa no hubo diferencias. No hubo mayor incidencia de partos quirúrgicos en el grupo de estudio. No se observaron efectos adversos en la madre o el feto. • La tasa de dilatación cervical era de 1.1cm/h más en el grupo de mujeres a las que se le administraba un supositorio rectal de HBB. No hubo diferencia significativa entre los dos grupos en la frecuencia cardíaca fetal, el pulso materno, tensión arterial materna y la puntuación de Apgar al 1 y 5 minutos después del nacimiento. Las conclusiones fueron que el uso de supositorios rectales de HBB puede acortar el trabajo de parto sin efectos secundarios significativos. • Alivio del dolor del 35,6% en la escala visual analógica con el uso del HBB. La duración media del trabajo de parto fue de 5 horas y 30 minutos menos en el grupo al que se le administró HBB. No se observaron efectos maternos adversos. Con lo cual llegaron a la conclusión de que administrada de forma intravenosa la hioscina N-butil bromuro causa el alivio del dolor de hasta un 36% y acorta la duración del trabajo de parto sin ningún tipo de efectos adversos a corto plazo en el feto o en la madre. • En el grupo de fármacos disminuye el tiempo del trabajo de parto en 72 minutos, lo que representa una disminución de 31,7%. No hubo cambio significativo en la duración de las etapas segunda y tercera del trabajo de parto, y no hubo diferencia en la pérdida de sangre o en las puntuaciones de Apgar. Hubo una ligera (pero estadísticamente insignificante) aumento en la tasa de cesárea. En conclusión el Butilbromuro de hioscina es eficaz para reducir significativamente la duración de la primera etapa del trabajo de parto, y no se asocia efectos adversos obvios en la madre o el neonato. La buscapina resulta un medicamento



que tanto administrado intravenosa o rectalmente disminuye la primera etapa del trabajo de parto, no hay diferencias significativas en la segunda y tercera etapa. Tampoco se observaron diferencias con respecto a pérdidas de sangre, partos distócicos, puntuaciones de Apgar o algún efecto adverso en la madre o el feto a corto plazo.



P-062.- ATENCIÓN HOLÍSTICA DE LA MATRONA EN EL PROCESO DEL ILE.

LÓPEZ-BELTRÁN A, PALLISÉ-CARDELLACH A, PEDRIDO-REINO S, SALADO-GARCÍA M, DURÁN-SUÁREZ F, SIMO-ROVIRA M.

HOSPITAL JUAN XXIII TARRAGONA.

RESUMEN.

OBJETIVO: Dar a conocer el papel de la matrona durante todo el proceso del ILE farmacológico, valorando el estado emocional de la paciente y proporcionándole el soporte afectivo que necesite para realizar la correcta elaboración del duelo. **MÉTODOS:** Revisión bibliográfica de la actuación de la matrona en la atención a la mujer con un ILE farmacológico, a través del análisis de protocolos, registros y bases de datos de nuestro centro hospitalario. Realizar una búsqueda bibliográfica sobre el estado actual del tema. **RESULTADOS:** Los sentimientos de las mujeres sometidas a una ILE a menudo dependen de la calidad asistencial que reciben desde su primer contacto con el centro hospitalario hasta que finalizan las visitas puerperales en los centros ambulatorios. Creemos que un protocolo estandarizado sobre la actuación de la matrona en el aspecto físico, psicológico y emocional mejoraría la atención en dicho proceso. **DISCUSIÓN:** El ILE farmacológico comprende la finalización de la gestación por voluntad de la gestante mediante la administración de medicación. En nuestro hospital de acuerdo con la Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, ofrece en su cartera de servicios la asistencia en la ILE, en los casos previstos en el artículo 15.b de la Ley (Interrupción por causas médicas en gestaciones de 14 a 22 semanas). De todos los profesionales que participan en el proceso del ILE, la matrona es uno de los profesionales más idóneos para dar una atención integral y ser el referente de los cuidados de la mujer. En los estudios consultados se demuestra que establecer una relación de ayuda terapéutica, respetando el sentimiento de los padres, permite un proceso de duelo favorable. El seguimiento continuo del proceso con un mismo profesional favorece la relación terapéutica, proporcionando una atención personalizada, asertiva, empática y facilitando un ambiente de intimidad para la pareja.



P-063.- ANÁLISIS DE LA EFICACIA DEL USO DE T.E.N.S EN LA DISMINUCIÓN DEL DOLOR EN DILATACIÓN.

MORA-LORENTE J, SELVA-CABAÑERO P, FUERTES-CÁNOVAS Y, SUÁREZ-CORTÉS M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA.

RESUMEN.

El estudio de alternativas eficaces a la administración de analgesia epidural para el alivio de dolor en el periodo de dilatación contribuye a obtener un mayor grado de satisfacción en las madres y una mayor calidad en los cuidados ofrecidos por parte de la matrona. OBJETIVO: Evaluar la eficacia del uso de T.E.N.S. (transcutaneous electrical nerve stimulation) para disminuir el dolor en el periodo de dilatación. Para ello seleccionamos a dos grupos de gestantes que acceden a la Unidad de Partorio de un hospital en el periodo comprendido entre Julio de 2012 y Julio de 2013, que no reciben analgesia epidural y que cumplen los criterios de inclusión. METODO: Hemos diseñado un estudio experimental prospectivo randomizado, Ensayo Clínico. Para la selección de la muestra hemos seguido un muestreo no probabilístico consecutivo, dividiendo a las gestantes en dos grupos, un grupo A que lo componen aquellas a las que aplicamos la terapia de T.E.N.S. y el grupo B formado por aquellas gestantes a las que no se les aplica el T.E.N.S. La recogida de datos se lleva a cabo mediante un cuestionario, en la que se cuantifica la percepción del dolor mediante la EVN/EVA. RESULTADOS Y DISCUSION: en periodo de investigación.



P-064.- DIFERENCIAS EN EL USO DE SULFATO DE MAGNESIO COMO NEUROPROTECTOR ANTE EL PARTO PREMATURO INMINENTE.

CEDIEL-ALTARES C, BLAS-ROBLEDO M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN.

RESUMEN.

OBJETIVO: comparar los distintos protocolos utilizados en hospitales españoles que contemplan el uso de sulfato de magnesio como neuroprotector ante la amenaza de parto pre-término, con la literatura actual existente sobre el tema. METODO: se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases internacionales Pubmed, Cochrane Plus, Joanna Briggs, y en bases españolas: Cuiden y IME, además de google académico con los descriptores "Magnesium sulfato" AND, "Neuroprotection" AND "antenatal" limitándose a lo publicado entre 2005 y 2012. Además, se han analizado el protocolo de atención a la amenaza de parto pre-término de tres hospitales españoles: Hospital de Cruces (País Vasco), Hospital Clinic de Barcelona y Hospital Materno-infantil de Málaga. RESULTADOS: En la revisión publicada en la Cochrane, Doyle et al, concluyen que el sulfato de magnesio está indicado como agente neuroprotector contra la parálisis cerebral, que administrado a mujeres con riesgo de parto prematuro ayuda a proteger el cerebro del recién nacido. El colegio americano de obstetricia y ginecología (ACOG) publicó una propuesta de protocolo con los siguientes criterios: gestación entre 23 y 31+6 semanas, con probabilidad de parto en las 12 horas siguientes, con o sin rotura de membranas. La Sociedad de Obstetricia y Ginecología Canadiense (SOCG) propone el uso de sulfato de MG en gestaciones desde la viabilidad fetal hasta 32 semanas, con parto inminente definido como trabajo de parto activo con 4 o más cm de dilatación cervical, con o sin rotura de membranas. En el hospital de Cruces (País Vasco) amplía el tratamiento hasta la semana 33 de gestación, aumentando la dosis de mantenimiento siguiendo las indicaciones de la ACOG. El hospital Materno infantil de Málaga sigue la propuesta de la SCOG y el hospital Clinic de Barcelona varia la dosis inicial y la duración. DISCUSION: El sulfato de MG antes del nacimiento puede tener un efecto neuroprotector para el feto, si bien los protocolos estudiados difieren en cuanto a la dosis, mantenimiento, duración del tratamiento y la posibilidad de retratamiento, así como las semanas de gestación en las que está indicado su uso. Todos los protocolos hacen referencia a la necesidad de vigilancia y control materno fetal y previenen de los efectos secundarios de su administración tanto en la madre como en el RN.



P-065.- PROPUESTA DE APLICACIÓN DE UN PROGRAMA PARA FOMENTAR EL VINCULO PRENATAL DESDE LA MATRONA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

BARCELÓ-MUÑOZ N*, GONZÁLEZ-FAJARDO A, GIMENEZ-MARTINEZ A, PAGAN-MARIN L, DÍEZ-JOVER R, ALCOLEA-LÓPEZ M.

HUV ARRIXACA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: 1. Fomentar el vínculo prenatal desde la consulta de la matrona en atención primaria. 2. Conocer las diferentes técnicas para el desarrollo del vínculo prenatal. 3. Reconocer a la matrona como el personal sanitario idóneo en el fomento del vínculo prenatal. 4. Aumentar los conocimientos de la pareja sobre el vínculo prenatal. 5. Conocer las particularidades del feto según las semanas de gestación. 6. Estimular los sentidos del feto según el desarrollo prenatal. METODO: Consiste en la aplicación de un programa de fomento del vínculo prenatal para madres y padres. Se llevará a cabo por la matrona de atención primaria, comenzando en la primera visita de captación de la gestante y continuando una vez al mes hasta el final del embarazo. Consiste en unas 7 – 8 sesiones, dependiendo de la fecha de captación, fomentando desde la primera visita el vínculo prenatal con la madre y padre. Según las semanas de gestación se enseñaran unas actividades u otras, que se harán durante cuatro semanas. Se irán introduciendo actividades nuevas en cada visita teniendo en cuenta el desarrollo fetal, para ir estimulando los diferentes sentidos del feto, mediante técnicas como la musicoterapia, **haptonomía, visualizaciones, yoga, canto, baile, relajación...** Para el buen desarrollo de las sesiones y del fomento del vínculo prenatal, será importante la asistencia y colaboración de la pareja. RESULTADOS: Al tratarse de una propuesta de aplicación, no obtenemos resultados del trabajo aún. Se pretende primeramente hacer un seguimiento sobre el número de matronas que desean participar en el estudio y aplicar el programa. En un futuro sería interesante medir la mejora en la vinculación afectiva prenatal tras la aplicación del programa, con escalas como EVAP (Cuestionario para la evaluación de la vinculación afectiva prenatal), y compararlo con padres que no han llevado a cabo el programa. DISCUSION: En la vida prenatal, desde muy pronto, al feto le afectan todas las situaciones biológicas y psíquicas que su madre experimenta. La calidad del proceso de vinculación determina la salud mental y física a lo largo de la vida del individuo. Es fundamental la observación y evaluación de la relación madre-bebe en la atención de las gestantes, considerando su contexto familiar, para así poder determinar los posibles factores de riesgo que atentaría contra un apego seguro (conflictos, problemas económicos...), **implementando oportunamente intervenciones preventivas.**



P-066.- LOS BENEFICIOS DE LA MUSICOTERAPIA DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.

PEDREÑO-LÓPEZ JA, ALCÁZAR-CONTRERAS N, PAÑOS-ZAMORA FJ, PEDREÑO-LÓPEZ JF, LÓPEZ-FUENTES J*, CONTRERAS-GIL J.

CENTRO DE SALUD DEL INFANTE.

RESUMEN.

La musicoterapia es una técnica que utiliza el uso de la música (sonido, ritmo, melodía y armonía) para así conseguir satisfacer las necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas de en la mujer durante la gestación, en el proceso de parto y en el puerperio. La musicoterapia tiene como fin desarrollar potenciales y/o restaurar las funciones de la mujer gestante de manera tal, que ésta pueda lograr una mejor integración interpersonal y consecuentemente una mejor calidad de vida a través de la prevención, rehabilitación y tratamiento. OBJETIVOS: Informar sobre los efectos de la musicoterapia durante embarazo. Informar sobre los efectos de la musicoterapia durante el parto. Informar sobre los efectos de la musicoterapia durante el puerperio. METODOS: Se ha realizado una revisión bibliográfica entre 2008-2012, en bases de datos de Enfermería: LILACS, Cochrane y Cuiden. RESULTADOS: A la luz de la revisión bibliográfica realizada consideramos que, la musicoterapia mejora la calidad de vida de la mujer durante la etapa del embarazo, del parto y el puerperio, debido al afrontamiento positivo que se produce en la relación madre-hijo y a la reducción del nivel de ansiedad. Favorece la relajación y el autocontrol en el proceso de dilatación, aumenta la seguridad y la autoayuda en el momento del parto, y fortalece el vínculo madre-hijo durante el puerperio. Ayudando así a disfrutar de cada uno de los momentos de la maternidad. DISCUSION: En el embarazo la mujer al utilizar la musicoterapia promueve la autoconciencia de su propio cuerpo y de sus sensaciones, favoreciendo la relajación y un buen estado armónico. La música le ayuda a conectar tanto con el bebé como con ella misma, de una forma satisfactoria en todas las etapas del camino hacia la maternidad, favoreciendo que pueda disfrutar plenamente de su embarazo, proceso de parto y de una feliz crianza. La musicoterapia es un medio ideal para establecer un vínculo afectivo con el bebe que va a nacer. Ayuda a desbloquear tanto las tensiones físicas como emocionales de la madre durante el embarazo, actúa como analgésico, elimina la ansiedad y el miedo ante el parto e influye positivamente en el desarrollo del bebé. La musicoterapia es una terapia positiva y satisfactoria que produce buenas sensaciones entre la madre y su hijo. Es por lo que esta alternativa terapéutica, es fundamental y a tener en cuenta.



P-067.- LA REFLEXOLOGÍA PODAL EN LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL ESTREÑIMIENTO DE LAS GESTANTES.

PEDREÑO-LÓPEZ JA, ALCÁZAR-CONTRERAS N, PAÑOS-ZAMORA FJ, PEDREÑO-LÓPEZ JF, LÓPEZ-FUENTES J*, CONTRERAS-GIL J.

CENTRO DE SALUD DEL INFANTE.

RESUMEN.

La Reflexología Podal es una técnica manual que consiste en el masaje, presión o fricción de puntos y zonas concretas del pie. Es en el pie donde se reflejan los órganos, sistemas, glándulas y articulaciones a través de canales o conductos sensitivos, conocidos como meridianos. El estreñimiento es un síntoma habitual de algunas mujeres en el transcurso de la gestación, la aplicación de esta técnica ayuda a estimular las funciones del intestino, contribuyendo a prevenir el estreñimiento y a restablecer el tránsito intestinal cuando aparecen los primeros síntomas, potenciando así la capacidad de autocontrol del vaciado intestinal. Al ser la Reflexología Podal es una terapia natural basada en el contacto y en la relajación, ofrece a la gestante una situación de confort, sin ningún riesgo tanto para la salud del feto, como para la salud de la madre. OBJETIVOS: Analizar la Reflexología Podal como una medida de actuación preventiva ante el estreñimiento durante la gestación. METODOS: Se ha realizado una revisión bibliográfica entre los años 2005 al 2012, en las bases de datos: Cochrane, Cuiden, Dialnet y Medline/Pubmed. PALABRA CLAVE: Reflexología Podal, gestación, estreñimiento. RESULTADOS: La investigación que se ha llevado a cabo mediante una revisión bibliográfica, pone de manifiesto que esta actividad natural está basada en el contacto y en la relajación. La Reflexología Podal es una técnica efectiva para prevenir el estreñimiento en las gestantes, facilita la evacuación de forma regulada y controlada, mejorando así la función intestinal y aporta un estado de bienestar y positivismo hacia el autocuidado, durante el periodo de gestación. DISCUSION: En el control y tratamiento del estreñimiento, muchos de los medicamentos están contraindicados en la mayoría de los casos, durante la gestación y no deberían de utilizarse. Controlar este problema con terapias que no afecten ni a la madre ni al feto es una alternativa fundamental para un buen desarrollo de la gestación. Es por ello que, se recomienda la Reflexología Podal como técnica sin riesgos para corregir y controlar el problema del estreñimiento que con tanta frecuencia se da durante la gestación. Siendo muy importante para el terapeuta tener una historia clínica completa de su paciente, agregado a un conocimiento amplio de la fisiología y patologías del embarazo. Ambos elementos le permitirán contar con una perspectiva de las alternativas más comunes que pueden ocurrir durante el embarazo.



P-068.- LA RELACIÓN CLÍNICA ENTRE LA MATRONA Y LA GESTANTE.

SUÁREZ-CORTES M.

RESIDENTE EN AREA II DEL SMS, CARTAGENA.

RESUMEN.

Introducción: A lo largo de la historia el modelo de relación clínica que ha predominado ha sido el modelo paternalista, en el cual el profesional sanitario, en este caso la matrona sabía qué beneficiaba a la gestante, y conforme a ello actuaba. A partir del siglo XX con la irrupción de la autonomía en la vida privada, la reivindicación de los derechos humanos, los derechos de la mujer, y las primeras cartas de los pacientes, así como el surgimiento de la bioética, la relación clínica ha experimentado una serie de cambios importantes.

OBJETIVOS: Establecer y definir cuáles son los componentes de esta nueva relación clínica, así como conocer sus interrelaciones, para conseguir de este modo una relación clínica satisfactoria con la gestante. METODO: Revisión bibliográfica. RESULTADOS: La relación clínica se puede definir como el proceso de atención enfermera y todo lo que acontece a su alrededor. DISCUSION: La relación clínica, es una relación humana, que se establece entre la matrona y la mujer, todo ello en un contexto y en un tiempo determinado. Sus componentes son, los principios de la bioética, el derecho sanitario, la matrona, el binomio madre-hijo, y el plan de parto, que sirve como eje central de la relación clínica.



P-069.- INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y SU REPERCUSIÓN EN EL EMBARAZO Y EL RECIÉN NACIDO.

LORCA-BARCHÍN V*, RIVAS-CASTILLO MT, MENDOZA-ARIZA M.

EMPRESA PÚBLICA HOSPITAL DE PONIENTE.

RESUMEN.

OBJETIVO: Actualizar los conocimientos de los profesionales sanitarios sobre la repercusión de las infecciones de transmisión sexual en el embarazo y el recién nacido. METODO: Se realiza un revisión de la bibliografía disponible en la biblioteca Cochrane en inglés y en español, así como de las bases de datos Pubmed , Cuiden y CINAHL. La búsqueda se limita al periodo comprendido entre 2000 y 2012. Se han incluido los artículos que tratan sobre la etiología, los factores de riesgo y las complicaciones que las ITS tienen sobre el embarazo y el recién nacido. Además, se consultaron fuentes científicas, como la Guía de Tratamiento de Enfermedades de Transmisión Sexual elaborada por el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades. RESULTADOS: -Clamidias: En el embarazo puede provocar un aumento de parto prematuro, de bajo peso del recién nacido, de embarazo ectópico, de aborto, de endometritis postparto y de rotura prematura de membranas. En el recién nacido: Oftalmía neonatal y neumonía. -Gonorrea: En una etapa avanzada del embarazo puede provocar rotura prematura de membranas, aborto espontáneo, parto prematuro, corioamnionitis, septicemia e infertilidad. En el recién nacido: conjuntivitis y oftalmía en neonatos, septicemia, meningitis, neumonía y muerte perinatal del lactante. -Sífilis: En el embarazo puede provocar aborto espontáneo, muerte intrauterina y crecimiento intrauterino retardado. En el recién nacido: sífilis congénita, hidrops fetal no inmunitario, prematuridad, bajo peso del recién nacido y muerte perinatal. -Vaginosis bacteriana: En el embarazo puede provocar aborto espontáneo, rotura prematura de membranas, parto prematuro y corioamnionitis. En el recién nacido: bajo peso, septicemia, síndrome disneico y hemorragia intraventricular. -VIH: En el embarazo puede provocar aborto espontáneo, amenaza de parto prematuro. En el recién nacido: bajo peso y sepsis. -Hepatitis B: Se incrementa la tasa de pérdida fetal y de prematuridad. La infección aguda por el virus B durante el embarazo es muy infrecuente y no tiene tratamiento específico para la madre, realizándose en el recién nacido las mismas medidas preventivas para evitar su contagio que en las madres con infección crónica por el VHB. DISCUSION: Los resultados obtenidos en las diferentes revisiones y artículos coinciden, concluyendo que todas las ITS provocan un aumento en la morbi-mortalidad del recién nacido y un aumento importante de las complicaciones en el embarazo.



P-070.- SEMANA MUNDIAL DE LA LACTANCIA MATERNA 2012: ENTENDER EL PASADO. PLANIFICAR EL FUTURO.

GARCÍA-CALVO I.

HOSPITAL SANTA ANA. MOTRIL.

RESUMEN.

Este año se realizará un balance de 20 años de logros y se reflexionará sobre las cuestiones aún por mejorar y trabajar bajo el lema: "Comprensión del pasado-Planificación del futuro: Celebrando los 10 años de la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño de la OMS/UNICEF. OBJETIVOS: Dar a conocer a la población la existencia de la Semana Mundial de la Lactancia Materna y sus objetivos. Este año 2012 son los siguientes: 1.-Revisar qué ha pasado con la alimentación del lactante y del niño pequeño durante estos 20 años. 2.-Celebrar los éxitos y los logros del movimiento de apoyo a madres lactantes alcanzados a nivel nacional, regional y global. 3.-Evaluar la ejecución de la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. 4.-Reclamar acciones conjuntas para llenar los vacíos en las políticas y programas de lactancia materna y alimentación del lactante y del niño pequeño. 5.-Atraer la atención pública sobre el estado de las políticas y programas de lactancia materna y alimentación infantil. 6.-Compartir el trabajo y los casos nacionales con el mundo. METODOS: Se ha realizado un revisión bibliográfica relacionado con el tema. RESULTADOS: La inversión en la protección, la promoción y el apoyo a la lactancia materna a través de la aplicación de la Estrategia Mundial puede hacer que aumente la lactancia. DISCUSION: Durante la Semana Mundial de la Lactancia se realizan una serie de actividades como charlas informativas y tetadas públicas organizadas por las distintas asociaciones de apoyo a la lactancia tanto en España como en otros países. Los beneficios son claros, por lo que esta oportunidad iniciada hace 20 años continúa llevándose a cabo en pos de la protección y fomento de la lactancia materna.



P-071.- PERFIL DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES EN NUESTRA ÁREA DE INFLUENCIA.

AGUILAR-BARTOLOMÉ I, PATRICIO-PEÑA D, BERNAL-VALVERDE B, ROMANO-SANTOS E, CARRERAS-CABALLERO M, MARTÍN-POLO C.

ASSIR TARRAGONA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: 1.-Cuantificar el número de embarazadas adolescentes que habían planificado el embarazo. 2.-Analizar las causas de la gestación no deseada 3.-Determinar si la adolescente había reflexionado sobre su necesidad de recibir ayuda e implicar a otras personas en su decisión 4.-Conocer la aceptación del embarazo y su implicación en el mismo 5.-Establecer si hay relación entre la edad en la que ellas se quedan embarazadas con la que su madre tuvo su primer hijo. METODOLOGÍA: Estudio observacional, transversal y descriptivo El instrumento de recogida de datos es un cuestionario autoadministrado de 32 preguntas cerradas y una pregunta abierta, entregado a las gestantes que cumplen los criterios de inclusión (edad < 19 años y sin dificultad idiomática) en la consulta de la matrona. El cuestionario comprende 12 preguntas que recogen datos socioeconómicos de la adolescente, su pareja y su familia. También contiene 10 preguntas relacionadas con su sexualidad, antecedentes obstétricos y su historial ginecológico Y por último hemos elaborado 10 preguntas para conocer los sentimientos e implicación de la gestante en esta etapa de su vida o las necesidades que estas adolescentes creen que pueden tener La recogida de datos se realiza entre el 01-05-2012 y el 30-09-2012, en nuestro ámbito de trabajo Para la explotación de los datos usamos el programa Excel RESULTADOS Y CONCLUSIONES: Estamos pendientes de acabar la recogida de los datos, pero creemos que los resultados nos aportarán información sobre la situación de estas adolescentes con el objeto de poder incidir más en la prevención de embarazos no deseados y en la búsqueda de recursos para este grupo de gestantes. DISCUSION: Gran parte de los embarazos adolescentes son considerados No deseados, como consecuencia de mantener relaciones sexuales sin utilizar métodos anticonceptivos. El inicio precoz de las relaciones sexuales conlleva embarazos a edades más tempranas y depende por tanto no sólo de factores biológicos sino de factores sociales, personales y económicos. En los países desarrollados las estadísticas de embarazos en adolescentes confirman la relación con niveles educativos bajos, mayores tasas de pobreza y otras situaciones de disfunción familiar y social. Aportamos aquí el perfil de las gestantes adolescentes de nuestro ámbito para poder trabajar e incidir en las causas que provocan los embarazos no deseados y de esta manera poder disminuir esa tasa.



P-072.- REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LOS DÉFICITS NUTRICIONALES EN LAS GESTANTES VEGETARIANAS Y SU SUPLEMENTACIÓN.

ESPART-HERRERO L, NAVARRO-GUTIÉRREZ T, CASILLAS-BARRAGÁN B, GAVIN-GUTIÉRREZ L, PRIETO-ÁLVAREZ P, CUENCA-DÍEZ B.

HOSPITAL SANTA CREU Y SANT PAU (BARCELONA).

RESUMEN.

INTRODUCCIÓN: La dieta vegetariana estricta o vegana y ovolactovegetariana es una forma de alimentación que por cuestiones sanitarias, morales, de etnia o de propia elección es seguida por un porcentaje variable de la población, de la que se estima que 2/3 son mujeres. La matrona, como dispensadora de cuidados a la mujer, y especialmente la gestante y mujer lactante, debe saber proporcionar conocimientos suficientes para garantizar una adecuada alimentación y evitar carencias nutricionales para el correcto desarrollo fetal y durante la posterior lactancia, así como detectar posibles alteraciones derivadas de un inadecuado aporte de dichos nutrientes esenciales. **OBJETIVOS:** Conocer los nutrientes esenciales de los que las dietas vegetarianas son deficitarias. Comprobar si una mujer vegetariana debe suplementar con un aporte externo a la dieta habitual. **METODO:** Búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos: COCHRANE, PUBMED, CINAHL, CUIDEN plus, ENFISPO. Límites: publicaciones en inglés y castellano entre 2002 y 2012. **RESULTADOS:** Se han encontrado 9 artículos con las limitaciones establecidas en los que se nombra cuales son los suplementos imprescindibles en la gestante seguidora de dieta vegetariana. Sin embargo, no se han podido establecer cifras concluyentes estándares o recomendadas porque no hay un consenso generalizado. Como hallazgo, decir que se aconsejan distintas actitudes para mejorar la absorción de dichos nutrientes. **DISCUSION:** Después de hacer una revisión de distintos artículos encontrados en las bases de datos, sabemos cuales son los nutrientes esenciales imprescindibles en las gestantes vegetarianas en los que suelen ser deficitarios o tener niveles bajos. Ahora bien, no se ha podido llegar a una conclusión definida sobre cuales son los niveles óptimos de suplementación de cada compuesto, pues entre otras cosas, depende del tipo de dieta seguida porque no es lo mismo una gestante vegetariana estricta o vegana, o una ovolactovegetariana. A estos términos también parece influir los años que hace que la mujer sigue este tipo de dietas, pues una mujer que lleve más años seguramente sabrá equilibrar mejor su dieta que una mujer que lleve menos tiempo. Ante la falta de acuerdo entre los autores por lo que respecta a los niveles de nutrientes a suplementar, la matrona debe conocer muy bien el tipo de dieta que sigue cada gestante a la que confiere sus cuidados y saber cómo mejorar los rangos de todos los nutrientes antes mencionados.



P-073.- BANCOS DE LECHE MATERNA EN ESPAÑA.

MERINO-ORTEGA ME, GALLEGO-GALLERO MA, MENA-GARCÍA M.

HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA (MÁLAGA).

RESUMEN.

OBJETIVOS: Analizar la situación actual de los bancos de leche en España, su evolución histórica y nuevos proyectos. Dar a conocer el procesamiento de la leche materna, los requisitos de donación y criterios de inclusión de donantes. Destacar los beneficios de la leche materna donada a bancos de leche para neonatos, y especificar las indicaciones terapéuticas para la que está especialmente indicada. **METODO:** Revisión bibliográfica de publicaciones científicas en las principales bases de datos y revistas científicas. **RESULTADOS Y DISCUSION:** Tras la realización de la revisión bibliográfica consideramos positivos los beneficios de la leche materna donada frente a la leche artificial y resaltamos el papel de la matrona como profesional para la captación de donantes y en la promoción de la lactancia materna. Hacemos una reflexión sobre la importancia del aumento del número de bancos de leche, así como la promoción y difusión de su existencia y funcionamiento, y ofrecer facilidades para la donación en las distintas localizaciones geográficas de España.



P-074.- SINDROME DE HELLP INCOMPLETO CON EDEMA AGUDO DE PULMÓN ASOCIADO. DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO.

ROMEU M*, RUIZ MJ, GONZÁLEZ MJ.

HOSPITAL MATERNO INFANTIL MÁLAGA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Reportar el caso de una embarazada con síndrome de HELLP incompleto con presencia de edema agudo de pulmón. Conocer las particularidades en la presentación del HELLP incompleto y la forma correcta de actuación. **METODOLOGÍA:** Se realiza una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos y artículos relacionados. **DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 25 años primigesta en semana 34 de gestación, que ingresa en el servicio de partos, por insuficiencia respiratoria SO_2 77%, mala perfusión de piel y mucosas, vómitos, dolor hipogástrico, TA normal, FC normal, no fiebre, no edemas. Se realiza analítica completa, pruebas cruzadas, Rx de tórax, ecografía abdominal. En la placa de tórax se observa edema pulmonar con infiltrado alveolar y derrame pleural bilateral. La analítica revela enzimas hepáticas elevadas, Hb 8.8, plaquetas normales, coagulación alterada, PCR 116 y ligera acidosis metabólica. Se inicia tratamiento con furosemida 40mg IV, oxigenoterapia 40%, control horario de diuresis y control de constantes vitales. Ante la sospecha de síndrome de HELLP incompleto complicado con edema agudo de pulmón, se decide la extracción fetal, mediante cesárea urgente. Durante la intervención se presenta HTA. Tras la intervención comienza una mejoría progresiva con normalización de las enzimas hepáticas y de la coagulación. Se realiza frotis de sangre periférica que revelan esquistocitos aislados. **DISCUSION:** El síndrome de HELLP fue descrito en 1982 por Weinstein como el acrónimo de los hallazgos bioquímicos del síndrome: hemólisis, elevación de las enzimas hepáticas y disminución de las plaquetas. Se considera que todas las mujeres que no presentan todos estos parámetros tienen un síndrome de HELLP parcial. Este síndrome en la mayoría de los casos representa una forma de preeclampsia, pero el 15- 20% de las mujeres no presentan antecedentes de hipertensión. El diagnóstico de HELLP incompleto es complicado, pero las mujeres presentan un mejor pronóstico. El síndrome de HELLP aparece aproximadamente entre 1 y 2 de cada 1000 embarazadas, siendo la mayoría de los casos diagnosticados entre 28-36 semanas de gestación. Las autoras han seleccionado este caso por las particularidades que pueden presentarse en el síndrome de HELLP incompleto, que pueden llevar a confusión con otras patologías y por la rapidez de evolución y la rapidez del cuadro que requiere un trabajo eficaz y en equipo para unos resultados materno-fetales satisfactorios.



P-075.- PÉRDIDAS HEMÁTICAS ASOCIADAS AL I.V.E. FARMACOLÓGICO.

MORENO A, ARASA M, MOMPIELA A, CARDONA C, RODRÍGUEZ S, PELLICER C.

UNIDAD DE ATENCIÓN SEXUAL Y REPRODUCTIVA. TERRES DEL EBRE.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Determinar la duración del sangrado asociado al proceso del I.V.E. farmacológico. METODOLOGÍA: Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión y extracción de datos de 53 registros de I.V.E farmacológico, realizados entre Noviembre del 2011 y Mayo del 2012 en la Unidad de Atención Sexual y Reproductiva de les Terres del Ebre. RESULTADOS: Valorando el tiempo den sangrado en una muestra de 34 mujeres, perdiendo 19 casos de la muestra total por falta de registro de datos. Clasificando la duración del sangrado: en una semana, de una a dos semanas y más de dos semanas, obtenemos un 53%, un 23% y un 24% respectivamente. DISCUSION: Dado el elevado porcentaje de mujeres en las que observamos un sangrado superior a las dos semanas sería necesaria una intervención educativa: • Remarcando que esta situación se encuentra dentro de la normalidad del proceso resolutivo. • Cambio de hábitos higiénico dietéticos respecto la prevención de la anemia y la supresión de tratamientos que puedan favorecer las pérdidas hemáticas.



P-076.- DOLOR ASOCIADO AL I.V.E. FARMACOLÓGICO.

RODRÍGUEZ S, CARDONA C, ARASA M, MOMPIELA A, PELLICER C, MORENO A.

UNIDAD DE ATENCIÓN SEXUAL Y REPRODUCTIVA TERRES DEL EBRE.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Determinar el nivel de dolor que experimentan las usuarias del i.v.e. farmacológico en la Unidad de Atención Sexual y Reproductiva de les Terres del Ebre.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión y extracción de datos de 53 registros de I.V.E farmacológico, realizados entre Noviembre del 2011 y Mayo del 2012 en la Unidad de Atención Sexual y Reproductiva de les Terres del Ebre.

RESULTADOS: Valorando la escala del dolor del 1 al 4 siendo 1 leve 2 moderado 3 intenso y 4 muy intenso recogemos los resultados de una muestra total de 38 mujeres, perdemos 15 casos por falta de registro de datos. El 21% presenta dolor leve. El 37% presenta dolor moderado. El 29% dolor intenso. El 13% dolor muy intenso. **DISCUSION:** Llama la atención observar un dolor intenso y muy intenso en un 42% de la muestra estudiada, pese al tratamiento analgésico pautado y entregado. Los motivos pueden ser variados, entre ellos: una mala auto-administración del tratamiento, una pauta poco efectiva y/o un bajo umbral de dolor. Para aliviar este efecto secundario controlable del ive con un tratamiento efectivo sería necesario una entrevista en profundidad con la usuaria respecto a su propio umbral del dolor y un mayor adiestramiento en el control del mismo.



P-077.- RIESGOS Y BENEFICIOS DE LA TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA EN MUJERES MENOPAÚSICAS.

MANRIQUE-TEJEDOR J, MIGUELEZ-LLAMAZARES L, PÉREZ-DE LA HIJA P, MARTÍNEZ-MARTÍN E, MARTÍNEZ-GALAN P, MACARRO-RUIZ L.

HOSPITAL UNIVERSITARIO ARNAU DE VILANOVA DE LLEIDA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: -Determinar los riesgos del uso de tratamiento hormonal sustitutivo en mujeres menopaúsicas -Determinar los beneficios del uso de tratamiento hormonal sustitutivo en mujeres menopaúsicas -Identificar en que mujeres está indicado el uso de tratamiento hormonal sustitutivo y la duración de este para que el riesgo no supere al beneficio. METODOS: Se realizó una búsqueda bibliográfica de artículos científicos de los últimos cinco años en inglés y español, en las principales bases de datos (Pubmed, Cinhal, Cuiden, Enfispo) y de revisiones Cochrane. RESULTADOS: Tras la interrupción del estudio WHI en 2002 sobre los efectos de la terapia hormonal sustitutiva por superar los riesgos de esta a los beneficios, se produjo un giro en la aplicación de este tratamiento. Hoy día hay evidencia de que es útil en el tratamiento de la atrofia genitourinaria (síntomatología vaginal como sequedad vaginal, coitalgia y prurito, incontinencia e infección urinaria) y de los síntomas vasomotores (sofocos y crisis de sudoración). De manera excepcional se puede usar para el tratamiento de la osteoporosis, pero no como primera línea de tratamiento. Estos beneficios se ven acompañados de una serie de riesgos como el aumento de la probabilidad de sufrir cáncer de mama (2/1000 mujeres en tratamiento a 5 años, 6/1000 a 10 años, 12/1000 a 15 años en terapia hormonal combinada) y de cáncer de endometrio (en tratamiento con terapia hormonal estrogénica, RR=8, no así con terapia hormonal combinada, RR=1). DISCUSION: Siendo necesaria en muchas ocasiones la terapia hormonal susitutiva por la sintomatología de la mujer menopaúsica y teniendo en cuenta que esta comporta una serie de riesgos lamedor opción de tratamiento es individualizar cada caso haciendo un balance riesgo-beneficio teniendo en cuenta dos pilares básicos en los que basar nuestra actuación: -pautar la dosis mínima efectiva para el tratamiento de los síntomas -tiempo de tratamiento lo más corto posible, no excediendo por norma general los 5 años (por el aumento del riesgo de cáncer de mama).



P-078.- INTERVENCIÓN EN GESTANTE DE 31 SEMANAS DE GESTACIÓN CON ACV.

MAJÁN-SESMERO CT*, FERNÁNDEZ-CABALÍN J, TORRES-DÍAZ Á.

HOSPITAL MATERNO INFANTIL MÁLAGA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Descripción de un caso clínico sobre una de las causas de mortalidad materna que se está incrementando y los cuidados prestados por la matrona. Revisión de la literatura sobre la incidencia de ACV durante el embarazo. METODOS: Se realiza una búsqueda de artículos en las bases de datos Pubmed, Medline y CINAHL introduciendo los **términos "pregnancy", "stroke" y "intracranial hemorrhage"**. RESULTADOS: Cuartigesta de 31sa (G4PN3) con hemiparesia izquierda de 12h de evolución. Analítica, EKG y ECG, torác y abdomen: normal. RM: hemorragia cerebral parenquimatosa gangliobasal derecha, hematoma (5x5x4 cm), desplazamiento de la línea media. AP: HTA en tto con trandate 100mg/8h AF: HTA Ecografía fetal: acorde a 32sa; PFE: 1800gr. TA: 170/92 mmHg. Fc: 115 lpm. Saturación: 100% RCTG : Dinámica uterina aislada. FCF basal 120-130 lpm. Variabilidad Hammacher 2; presencia de ascensos omega. Reactivo. Valoración neurológica: Glasgow 13. Agitación psicomotriz. Pupilas medias isocóricas, normorreactivas a la luz, acomodación normal. Hemianopsia, hemiplejía y parálisis facial izquierda. Reflejos conservados. Ingreso en UCI y valoración 12 horas más tarde por el servicio de Ginecología-Obstetricia y NCR. Por interés materno se practica una cesárea sin complicaciones. RN: Mujer, 2326gr, Apgar 6/8/10. Actuación de la matrona Diagnóstico NANDA: - 00146 Ansiedad r/c: cambio en el eº de salud m/p nerviosismo y expresión de preocupación. NOC: 1402 Control de la ansiedad NIC: 7310 Cuidados de enfermería al ingreso 5820 Disminución de la ansiedad Complicaciones posibles: - Recidiva de ACV NIC: 6650 Vigilancia - Infecciones NIC: 2620 Monitorización neurológica - Dolor NIC: 1400 Manejo del dolor Requerimientos terapéuticos: - NIC: 4200 Terapia i.v - NIC: 2313 Admon medicación i.m - NIC: 2304 Admon medicación oral El ACV es la 5ª causa más común de mortalidad materna. La incidencia es de 1-5/100000 embarazos. En los últimos años ha aumentado: un 47% en la etapa prenatal y un 83% en el postparto por cada 1000 partos. El riesgo se incrementa si existe hipertensión, preeclampsia, edad materna avanzada, tabaquismo y/o multiparidad. DISCUSION: La presencia de ACV durante el embarazo requiere de un equipo multidisciplinar para su correcto tratamiento. La matrona, como enfermera especialista en obstetricia y ginecología, es el profesional cualificado para proporcionar los cuidados necesarios en estas pacientes así como para detectar el riesgo de posibles complicaciones.



P-079.- SEGURIDAD DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA A DEBATE EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN.

FERRER-GIL M, CASTELLARNAU-BERTRAN L, FABREGA-SABATE J, VILA-BACH A, RODRIGUEZ-APARICIO S, GIRIBET-RUBIOL ME.

HOSPITAL UNIVERSITARIO ARNAU DE VILANOVA DE LERIDA.

RESUMEN.

INTRODUCCIÓN: La OMS (Organización Mundial de la Salud), define la salud sexual como **“un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; ... y para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personal deben ser respetados, protegidos y cumplidos”**. La sexualidad nace con nosotros, la hacemos crecer y nos hace crecer. La salud sexual y la sexualidad tienen que ver con la capacidad de decidir sobre la gestión de nuestro cuerpo y nuestras emociones, con la búsqueda de nuestro bienestar y salud. OBJETIVOS: 1) Revisar los efectos secundarios de la píldora postcoital y la interpretación de éstos en los medios de comunicación desde la libre dispensación. 2) Incidir en la necesidad de la formación sexual adecuada para el uso de la píldora postcoital cuando haya fallado el método anticonceptivo de uso habitual. METODOS: Para este estudio se consultaron: artículos de revistas, periódicos de ámbito nacional, y sociedades científicas relacionados con el tema. Se incluyeron estudios, encuestas y noticias de medios de comunicación. DISCUSION: En vista de la variabilidad de opiniones formuladas a cerca de los efectos de uso de la píldora postcoital desde su libre dispensación septiembre de 2009 en nuestro país, la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia), La Sociedad Española de Contracepción y la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) hacen público un informe sobre la anticoncepción de emergencia en el que destacan: -No existe la evidencia científica de una acción directa del levonorgestrel a nivel implantatorio. -No existe en la actualidad evidencia objetiva que la toma repetida, incluso en intervalos cortos, produzca efectos secundarios importantes. -Con formación adecuada y facilidad de acceso a dicho fármaco, aumenta la seguridad de la prevención de embarazos no deseados. DISCUSION: La puesta en marcha de la libre dispensación de la píldora postcoital cumple todos los requisitos de seguridad y eficacia para el usuario, sin embargo, casi 3 años después las sociedades científicas deben **salir para “garantizar” que** el uso de este fármaco es seguro. Esto nos da una idea de la necesidad de formación sexual no sólo a nivel de usuario, sino también de la clase política que **“gestiona” parte de nuestra salud sexual con leyes que varían en función del gobierno gestor.**



P-080.- CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES DEMANDANTES DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO.

SALADO-GARCÍA M, LÓPEZ-BERTRÁN A, PEDRIDO-REINO S, ROMANO-SANTOS E, PATRICIO-PEÑA D, PALLISE-CARDELLACH A.

ASSIR TARRAGONA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: - Conocer las características socio-demográficas de las usuarias que demandan el IVE en la consulta de la matrona de atención primaria, - Comparar tasas específicas de aborto según el lugar de origen de la usuaria. METODOS: Estudio descriptivo transversal de base poblacional. Población diana: mujeres entre 12 y 49 años que han solicitado una IVE ya sea farmacológico y/o quirúrgico en un centro sanitario ambulatorio urbano. Registro propio del centro de atención primaria y base de datos informática del nuestro centro, se revisarán todas las visitas. Variables de estudio: país de origen, edad, número de hijos previos, número de IVES previos, tipo de aborto. RESULTADOS: Una vez analizados los datos, esperamos que nuestros resultados coincidan con la bibliografía consultada, y que las mujeres inmigrantes de nuestra zona tengan una tasa de aborto superior a la población autóctona. Con los resultados definitivos, queremos seguir trabajando para la prevención de embarazos no deseados y poder incidir en los colectivos de mayor riesgo. En España el 5 de julio de 2010 entró en vigor la nueva ley de salud sexual y reproductiva que regula el aborto. Durante las 14 primeras semanas de gestación la mujer puede proceder libremente y sin supervisión a la interrupción voluntaria del embarazo. Es conocido que las inmigrantes residentes en España tienen una proporción de IVES más alta que las españolas. Las situaciones que inciden en ello son muy variadas, entre ellas los países de procedencia, la educación, el trabajo, la familia, las relaciones de género y las redes sociales de apoyo: pero en conjunto, parece que los fenómenos migratorios de las mujeres procedentes de países de rentas inferiores a las de los países de llegada explican por sí mismas la decisión del IVE. Debido a la ampliación de la cartera de servicio de las matronas nos planteamos la realización de éste trabajo para poder analizar el perfil de las usuarias de IVES. La incidencia de IVES es un indicador de los embarazos no deseados y de las diferencias entre el funcionamiento de los servicios de contracepción y la efectividad de su uso. Para mejorar las políticas de planificación familiar y aumentar la salud sexual y reproductiva de la población demandante de IVES es necesario conocer a la población que nos dirigimos y así poder analizar los motivos que llevan a éstos grupos de población a realizar éste procedimiento, y poder analizar en futuros estudios cuales son las posibles causas.



P-081.- OPINIÓN DE LOS JOVENES SOBRE LOS TALLERES DE EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL IMPARTIDOS EN LOS INSTITUTOS.

RAMÍREZ M*, PINTO T, FERNÁNDEZ MV, MARCH G, MORENO G, CASTELL S.

ASSIR TARRAGONA-VALLS.

RESUMEN.

OBJETIVO Principal: Conocer la opinión de los jóvenes sobre los talleres impartidos en los institutos **Objetivo específico:** Evaluar si las expectativas de los jóvenes se ajustan a los objetivos del taller Valorar si los adolescentes conocen la consulta " Tarde joven" Cuantificar el número de jóvenes que tiene información sobre la web "sexojoven" Determinar los factores/elementos que los jóvenes consideran más positivos y/o negativos de los talleres afectivo/sexuales Evaluar el material utilizado(siendo diferente en cada curso) Valorar la participación de los compañeros en el taller. **METODOLOGIA:** Estudio descriptivo transversal, se ha pasado un cuestionario con 12 preguntas a jóvenes de edades comprendidas entre los 14-19 años para valorar el grado de satisfacción cualitativa de las características de los talleres que se vienen impartiendo en los institutos desde hace 15 años.El cuestionario recoge datos demográficos y culturales del adolescente y sus padres Se ha recogido un total de 274 cuestionarios y se ha valorado por el programa spss12.0 Para la exploración de los datos usamos el programa Excel. **RESULTADOS Y DISCUSION:** Pendiente de analizar los datos para cuestionar posibles modificaciones de los talleres en función de los resultados obtenidos y proceder a la adaptación de los recursos y materiales didácticos-preventivos de conductas de riesgo a las necesidades de los adolescentes.



P-082.- ASMA Y EMBARAZO: CUIDADOS DE LA MATRONA.

CASADO-FERNÁNDEZ L*, LUQUE-LEÓN M, MAYORAL-CESAR V, GARRIDO-LÓPEZ M.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Conocer los efectos del embarazo sobre el asma y viceversa. Conocer los riesgos materno-fetales, así como los principales cuidados que debe recibir la gestante asmática durante el proceso de embarazo y parto, además del tratamiento a seguir.

MATERIAL Y METODO: Búsqueda bibliográfica en bases de datos tales como Medline, Uptodate, Scielo y Cochrane. Revisión de las guías de actuación de Sociedades Científicas como son: SEGO, SEPAR y AAAAI.

RESULTADOS: el asma es una enfermedad frecuente en mujeres en edad fértil y en consecuencia durante el embarazo. Es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias, cursa con hiperrespuesta bronquial y una obstrucción variable al flujo aéreo, total o parcialmente reversible, con fármacos o espontáneamente. No hay una respuesta predecible del embarazo sobre el asma, los últimos estudios nos indican que un tercio de las gestantes mejora, otro tercio empeora y el tercio restante permanece estable a pesar de las modificaciones del aparato respiratorio. En cuanto a los efectos del asma sobre el embarazo, existe evidencia científica que demuestra que el asma mal controlado incrementa el riesgo perinatal (**crecimiento intrauterino restringido, preclampsia...**), **mientras que un adecuado control reduce estos riesgos.** Prácticamente todos los medicamentos empleados en el tratamiento del asma atraviesan la barrera placentaria; sin embargo, son pocos los que tienen repercusiones sobre el feto. Un mal control del asma materna conlleva un mayor riesgo para el feto que los posibles efectos teratógenos. Los fármacos que han de emplearse no difieren sustancialmente de los que se emplean fuera de la gestación (Agonistas B2 adrenérgicos y glucocorticoides inhalados) Durante el parto deberían utilizarse fármacos antiasmáticos de mantenimiento si se precisan. Para conseguir modificaciones cervicales la elección será la oxitocina y las PG E1 y E2, y la analgesia epidural será una opción ideal. Contraindicados PG F2a y ergotínicos ya que pueden producir broncoespasmo grave.

DISCUSION: puesto que un mal control del asma supone un aumento de la morbimortalidad materna y fetal y que el porcentaje de embarazadas asmáticas es elevado, es importante que las matronas conozcan las peculiaridades de la enfermedad durante la gestación y las pautas a seguir, de tal forma que puedan educar y proporcionar los cuidados pertinentes y de vital importancia para estas gestantes.



P-083.- ALTERACIONES DERMATOLÓGICAS MÁS FRECUENTES DURANTE LA GESTACIÓN: ATENCIÓN DE LA MATRONA.

GARRIDO-LÓPEZ M, MAYORAL-CESAR V, LUQUE-LEÓN M, CASADO-FERNÁNDEZ L*.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Identificar las alteraciones dermatológicas más frecuentes de forma precoz durante la gestación, así como conocer su tratamiento y los riesgos materno fetales.

MATERIAL Y METODO: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos tales como Medline, Uptodate, Scielo y Cochrane.

RESULTADOS: En el embarazo aparecen cambios fisiológicos en la piel, sin embargo se han identificado varios padecimientos dermatológicos singulares del embarazo. Entre ellos se encuentra la erupción polimorfa del embarazo, cuya frecuencia 0,25-1%, las características clínicas son: prurito intenso, en placas o generalizado en el abdomen, muslos, brazos y nalgas; pápulas eritematosas, urticariales y placas, casi siempre en el 3º trimestre. No existe repercusión materna ni fetal de ningún tipo y el tratamiento es antipruriginosos y esteroides. El herpes gestacional, cuya frecuencia 1:10.000 tiene como características clínicas: prurito intenso en abdomen, extremidades o generalizado; pápulas y placas urticariales, eritema, vesículas y ampollas. Como posibles consecuencias fetales se encuentran: prematuridad, retraso del crecimiento intrauterino y mortinato. El tratamiento se basa en antipruriginosos y esteroides. El prurito del embarazo o coléctasis del embarazo tiene una frecuencia del 1-2% y las características clínicas son: prurito intenso generalizado con excoりaciones frecuentes. Está asociada a prematuridad y riesgo de muerte intraútero, además el cuadro clínico puede complicarse con esteatorrea subclínica, déficit de vitamina K y prolongación del tiempo de protrombina con el elevado riesgo de hemorragia para la gestante. El tratamiento consiste en antipruriginosos, colestiramina y ácido ursodexosólico. Otras enfermedades relacionadas con una frecuencia muy baja son el prurigo del embarazo y el impétigo herpetiforme.

DISCUSION: Es necesario que tanto la matrona como el resto de los profesionales de la salud estén familiarizados con las enfermedades dermatológicas para la precoz detección, seguimiento y tratamiento de estas gestantes, por los riesgos materno fetales que estas implican.



P-084.- VALIDEZ CLÍNICA DE LA AMNIOSCOPIA EN LA VALORACIÓN DEL BIENESTAR FETAL.

DÍAZ-CHANTAR JI*, MORENO-BARRIENTOS M, CABELLO-ALCALÁ P.

HOSPITAL DE ANTEQUERA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Determinar la validez clínica de la amnioscopia en la valoración del bienestar fetal en gestantes a término. METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda y selección bibliográfica hasta marzo de 2012, empleando las principales bases de datos (GERION, **Cochrane Library**,...). RESULTADOS: La mayoría de los estudios afirman la presencia de una mayor morbilidad cuando el líquido meconial se asocia a una alteración de la frecuencia cardíaca fetal, por lo que, en todo caso la amnioscopia complementaría el diagnóstico. Los inconvenientes recogidos son los riesgos de un examen invasivo (rotura de membranas, **infección,...**), **la interpretación de un líquido amniótico (LA) ligeramente teñido que tendría que apoyarse en otros parámetros como el registro cardiotocográfico (RCTG) para apoyar la sospecha, y la visualización sólo de la parte anterior de la bolsa no mostrando la condición del resto del LA.** Además, la comprobación de que un LA es claro sólo es de importancia temporal, ya que no puede predecir posibles y sucesivas liberaciones de meconio. DISCUSION: Aunque la mayoría de los estudios recientes no muestran la idoneidad del uso de la amnioscopia en la valoración del bienestar fetal, encontramos estudios que afirman que la amnioscopia es una forma fácil de determinar el color del LA en gestantes a término. Esta controversia se refleja en su uso, haciendo que la amnioscopia ofrezca una diferencia de criterio a la hora de emplearla como técnica en la valoración del bienestar fetal. Muestra de esto es que en algunos centros su uso esté descartado, mientras que en otros se realiza por rutina. Lo que está claro es que el uso de la amnioscopia de manera aislada ofrece muchas limitaciones, y que como técnica invasiva no está libre de riesgos. Con estas consideraciones, se puede afirmar que la amnioscopia es una técnica para determinar simplemente el color del LA. Mencionar que un LA meconial no siempre está ligado a compromiso fetal, al menos hasta que otros parámetros, como el RCTG apoyen la sospecha. Por este motivo, la amnioscopia en todo caso complementaría el diagnóstico, pero no tendría que dirigirlo. En conclusión, podemos decir que el resultado de la amnioscopia de manera aislada no tiene valor si no se apoya en otras formas de medición del bienestar fetal. Por lo tanto, la técnica actualmente tiene un valor histórico y su uso estaría aconsejado cuando no fuese posible la monitorización CTG y la ecografía, y en todo caso en gestaciones a término.



P-085.- HIDRATACIÓN Y FLUIDOTERAPIA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO. PROPUESTA DE UN DIAGRAMA DE FLUJO.

DÍEZ-JOVER R*, PAGÁN-MARÍN L, BARCELÓ-MUÑOZ N, GONZÁLEZ-FAJARDO A, PAGÁN-MARIN C, GIMÉNEZ-MARTÍNEZ A.

HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIXACA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: 1. Establecer y unificar la actuación de la matrona en cuanto a la hidratación de las mujeres en periodo activo de parto mediante un diagrama de flujo. 2. Aportar información sobre las necesidades energéticas de la mujer en periodo activo de parto y cómo cubrirlas ya sea por vía oral o parenteral. 3. Conocer los beneficios e inconvenientes maternos y neonatales de la administración de glucosa intravenosa durante el parto en la gestante. 4. Conocer y aplicar la fluidoterapia más adecuada para la dilución de la oxitocina con el fin de prevenir la hiponatremia dilucional. METODO: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cochrane Library, Medline, Scielo, Elsevier y revistas como Matronas profesión con las palabras clave: hidratación, fluidoterapia, parto y suero glucosado. Tras la lectura de los artículos se realizó un diagrama de actuación de la matrona en cuanto a la hidratación y fluidoterapia en gestantes de bajo riesgo. RESULTADOS: Al tratarse de una propuesta de actuación no hemos obtenido resultados de trabajo. Posibles variables a estudiar en un futuro serían: equilibrio hidroelectrolítico materno y fetal, glucemia materna y fetal, duración del parto y satisfacción materna tras la aplicación del diagrama en la atención al parto. DISCUSION: Durante la asistencia clásica al trabajo de parto es rutinario restringir la nutrición oral y administrar fluidos intravenosos para prevenir la deshidratación y el desequilibrio hidroelectrolítico, a pesar de que numerosos estudios avalan la ingesta oral como la forma de hidratación recomendada para las gestantes de bajo riesgo. Las necesidades energéticas en el trabajo de parto están aumentadas, debiendo mantenerse una glucemia constante y evitando administrar grandes cantidades de glucosa en las 2 horas previas al parto. En cuanto al manejo de la oxitocina, ya que comparte una estructura similar a la ADH y retiene líquidos al igual que ella, el diluyente recomendado para evitar la hiponatremia dilucional es el suero fisiológico al 0.9% no siendo recomendable el suero glucosado. El uso inadecuado de fluidos puede tener efectos adversos para el bienestar materno como una sobrecarga de fluidos, incomodidad y restricción de movimientos, insuficiente aporte calórico, pudiendo causar además en el neonato una hiponatremia y /o hipoglucemia. Por ello consideramos importante que en el caso de que sea necesaria la administración de fluidoterapia se haga de forma adecuada y unificada.



P-086.- APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS HUMANIZADORAS DEL PARTO EN EL H.G.B DE MOTRIL.

GARCÍA-PINTOR S, GOMIS-SÁNCHEZ P, INIESTA-INIESTA E, ORTIZ-ZURITA A, RUIZ-VIDOY C.

H.G.B. DE MOTRIL.

RESUMEN.

En el año 2008 se publicó el proyecto de humanización de la atención perinatal en Andalucía (PHAPA) En nuestra unidad se inició el proyecto ese mismo año y por ello pretendemos valorar el grado de implantación y éxito del mismo. OBJETIVOS: - Establecimiento de medidas humanizadoras de atención al parto normal recomendadas por la OMS. -Favorecer la participación activa de la pareja en el proceso del parto. -Fomento precoz de la lactancia materna. -Fortalecimiento del vínculo madre-hijo. METODO: Es un estudio observacional retrospectivo. Los datos han sido recopilados desde el año 2010 al año 2011. La muestra de partos incluidos ha sido de 200 y las matronas de la unidad analizadas fueron 4. Con estos datos hemos llevado a cabo un análisis estadístico en el que plasmamos el grado de aplicación de las siguientes medidas humanizadoras: -Información, oferta y/o facilitación del derecho al alivio del dolor durante el parto. -Información sobre oferta de acompañamiento a la gestante si lo desea. -Recomendaciones sobre la lactancia materna. -Puesta en marcha de la lactancia precoz en la 1ª hora de vida del recién nacido. -Realización de episiotomía en el parto. -Administración de enemas a gestantes con proceso de parto normal. -Rasurado perineal a gestantes con proceso de parto normal. - Limitar la práctica de la amniorrexis para estimular la actividad uterina en los casos no indicados. -Realización de monitorización intermitente, en fase activa, en partos de baja intervención. -Registro en la historia acerca de la información sobre la importancia de la deambulación durante el proceso de parto normal. RESULTADOS: Analizando los datos recopilados podemos concluir que en un 100% de los casos se complen los siguientes puntos: -Información, oferta y/o facilitación del derecho al alivio del dolor durante el parto. -Información sobre oferta de acompañamiento a la gestante si lo desea. -Recomendaciones sobre la lactancia materna. -Puesta en marcha de la lactancia precoz en la 1ª hora de vida del recién nacido. Se han logrado reducir al 1% la administración de enemas a gestantes en el proceso del parto, así como el rasurado perineal en el mismo. La realización de prácticas obstétrico-quirúrgicas (episiotomía) en los casos seleccionados ha sido del 36%. Se limitó la amniorrexis en el 90% de las gestantes en las que no estaba indicado. DISCUSION: La instauración, el conocimiento y el cumplimiento de las medidas humanizadoras del parto en nuestra unidad hospitalaria se han puesto de manifiesto con



los resultados expresados. Nuestro objetivo ahora es el de reducir, en la medida de lo posible, el porcentaje de episiotomías realizadas, así como el número de amniorraxis llevadas a cabo cuando estas no sean necesarias.



P-087.- USO DE COMPRESAS FRÍAS VS CALIENTES EN EL EXPULSIVO PARA DISMINUIR LA PREVALENCIA DE DESGARROS PERINEALES Y EL DOLOR.

RODRÍGUEZ-VILLAR V, MARTÍN-MARTÍN M, AGEA-CANO I, MIRANDA-MORENO MD.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Conocer qué práctica es más recomendable para disminuir la prevalencia de desgarros perineales: la aplicación de compresas frías o calientes. Así mismo, conocer cuál de estas prácticas disminuye el dolor en el segundo periodo del parto. **MÉTODOS:** Se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos online Cochrane, Gerión, Pubmed, Scielo, Medline, en los últimos diez años utilizando las siguientes palabras clave o descriptores: perineal tears, perineal trauma, heat, warm compresses, hot pack, pain. **RESULTADOS:** La aplicación de compresas calientes en la zona perineal en la segunda etapa del parto no reduce la probabilidad de que las mujeres nulíparas requieran sutura perineal, pero sí que reduce considerablemente los desgarros de tercer y cuarto grado. Además se obtuvieron puntuaciones más bajas con respecto al dolor en las mujeres a las que se les habían aplicado compresas calientes en dicha zona. En uno de los ensayos analizados, la mayoría de las mujeres dijeron que les gustaría volver a utilizar compresas tibias para su próximo parto, y que incluso se lo recomendaría a amigas. Por otro lado, una vez que se ha producido un desgarro y este ha sido suturado, la aplicación de compresas frías durante el periodo de postparto alivia más el dolor que el uso de calor, debido al edema que se produce, reduciendo la inflamación y con ello el dolor. **DISCUSION:** El procedimiento ha demostrado ser aceptable para las mujeres y las matronas. Por lo tanto, esta práctica sencilla y de bajo costo debería ser incorporada a la atención de la segunda etapa del parto. Así mismo, durante los días posteriores al parto, habría que decantarse por la aplicación de frío local para disminuir el dolor en ese momento, sobre todo las primeras horas.



P-088.- PROTOCOLO INGESTA DE LIQUIDOS EN TRABAJO DE PARTO NORMAL.

TORTI-CALVO J, REINA-ESPEJO J, MOLINA E, VÁZQUEZ-MAMBRILLA MY.

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Revisar la evidencia científica sobre el proceso del parto normal e ingesta de líquidos. Actualizar los conocimientos para aplicar la mejor práctica posible a las mujeres en parto normal. Unificar criterios en todo el personal involucrado en la atención en la gestante. Que toda mujer en trabajo de parto normal o de bajo riesgo pueda ingerir líquidos claros durante su trabajo de parto. **MÉTODOS:** **QUIEN** Todo el personal implicado en la atención al parto normal: - Tocólogos. - Matronas. - Residentes de matronas o de ginecología. - Auxiliares de enfermería. Toda mujer que se encuentre en trabajo de parto normal. **CUANDO** Durante la estancia de la mujer en la unidad de paritorio. **COMO** Toda mujer que ingresa en la Unidad de Paritorio puede ingerir líquidos siempre que no se presenten factores de riesgo añadidos que puedan contraindicarla. Las mujeres podrán realizar pequeñas tomas de líquidos claros, bebidas isotónicas y zumos, ya que ello favorece la hidratación, disminuye la cetosis provocada por el ayuno prolongado, facilitan el vaciamiento gástrico y reducen el pH gástrico. Además, aumenta el bienestar y la satisfacción de la embarazada. Existe una regulación natural de las mujeres a medida que avanza el trabajo de parto, con una disminución progresiva y espontánea del consumo de líquidos. Las gestantes con factores de riesgo adicionales de aspiración (obesidad mórbida, diabetes, vía aérea difícil), o con riesgo potencial de intervención quirúrgica (trastornos del registro fetal) pueden ser mantenidas en dieta absoluta a criterio del médico. Parar la ingesta en caso de anomalía en el curso del parto. **RESULTADOS:** La ingesta de líquidos claros durante el parto normal no influye sobre la evolución del mismo, tipo de parto, duración y empleo de oxitocina, ni sobre los resultados del RN. Además se considera que mejora el confort y la satisfacción materna y no incrementan las complicaciones maternas. **DISCUSION** La administración de líquidos durante el trabajo de parto ha creado a lo largo de los tiempos ciertas divergencias con respecto a su buena o mala práctica. Con la instauración de la analgesia epidural como medida de alivio del dolor en el parto, aparece la controversia de si la ingesta oral es mejor o no a la intravenosa y sobre el riesgo de aspiración de contenido gástrico. La humanización en la atención al parto normal pretende simplificar las actuaciones innecesarias durante el parto y permitir que el parto transcurra desde la perspectiva más natural posible.



P-089.- LAS MATRONAS Y EL NACIMIENTO EN LOTUS.

MÍNGUEZ-ANDREU G*, HERNÁNDEZ-SÁNCHEZ E, CAMPOS-MARTÍNEZ A, CAMACHO-ÁVILA M.

HOSPITAL DE TORREVIEJA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: *Informar de la existencia de este tipo de nacimiento. *Dar a conocer cómo se realiza este tipo de partos. * Conocer los beneficios e inconvenientes. METODOS: Estudio descriptivo sobre los nacimientos en Lotus. La recogida de datos se ha hecho a través de una revisión bibliográfica. RESULTADOS: Tras analizar la bibliografía existente se ha obtenido: Definición: El nacimiento Lotus es la práctica de dejar el cordón umbilical sin cortar, de manera que el bebé queda unido a su placenta hasta que el cordón se desprende de forma natural por el ombligo. Realización: La placenta se mantiene a nivel del bebé ó incluso un nivel más alto; se lava delicadamente para quitar los coágulos de sangre, se vuelve a poner en el bol y se deja secar al aire. A continuación se vierte sobre la placenta sal marina para acelerar el proceso de secado y se envuelve en un paño. El paño se cambia cada día y la placenta se vuelve a salar hasta que el cordón se desprende. No se pone nada en el cordón ó en la parte cercana al ombligo (ni gasas ni pinzas). Para evitar malos olores se echa aceite de lavanda sobre el paño. Beneficios: Un secado y caída sensiblemente más rápida del cordón con este método que con el tradicional. Parece que existe menos riesgo de infección al no haber herida abierta. Pero sobre todo se usa por razones espirituales y morales, las familias que optan por este tipo de nacimientos argumentan que es una transición pacífica y delicada para el bebe, dejándole a él la decisión de separarse de esa conexión. Inconvenientes: Desconocimiento de esta técnica, difícil manejo del bebé y de la placenta unidos, incomodidad. DISCUSION: No existen estudios con un nivel de evidencia significativo que avalen los beneficios, pero tampoco los inconvenientes. A penas hay bibliografía existente respecto a este tema. Este tipo de nacimientos se dan de forma muy inusual, casi nadie desea un nacimiento así, solamente en algunas tribus ó algunas familias en Australia. Por supuesto, la mayoría de estos nacimientos en Lotus lo solicitan familias que desean dar a luz en casa. La aplicación de esta práctica en España es prácticamente inexistente, no se demanda; pero es interesante darla a conocer entre las matronas/es para adquirir una mayor formación y profesionalidad. Además, existen varias sentencias que afirman que la placenta es propiedad de los padres y en cualquier momento, cualquier familiar estaría en su derecho de pedir un nacimiento así.



P-090.- TERMINACIÓN DEL PARTO EN MUJERES CON USO DE ANALGESIA EPIDURAL.

ALCARAZ-MARÍN AB, VALENZUELA-REYES M, MARÍN-VIZUETE I.

LA INMACULADA (HUERCAL-OVERA, ALMERIA).

RESUMEN.

o OBJETIVO: Describir la relación entre el uso de analgesia epidural durante el trabajo de parto y su posible repercusión sobre la tasa de partos eutócicos, instrumentales y cesáreas, así como enumerar prácticas que aumenten la probabilidad de parto eutócico con el uso de analgesia epidural. o METODOS: Se realiza un estudio observacional retrospectivo, recogiendo datos obtenidos en el año 2011 referentes al número de analgesia epidural administrada, partos eutócicos, instrumentales y cesáreas con el uso de dicha analgesia. Se lleva a cabo una revisión bibliográfica en PubMed, Cochrane, y Cinhal con las palabras clave: cesárea, analgesia epidural, parto eutócico y riesgos. o RESULTADOS: El 38% de los partos se atendieron con analgesia epidural (A.E.), cifra similar a la media de los últimos años (40%). La tasa de cesáreas con uso de analgesia epidural obtenida ha sido del 15%, algo superior a la general del servicio, excluyendo las cesáreas electivas (9,2%). La tasa de partos instrumentales con A.E. ha sido del 10% aunque la diferencia es significativa cuando se compara con la tasa de partos instrumentales en gestantes sin analgesia epidural (3,23%). La tasa de parto eutócico con A.E. fue del 74%. o DISCUSION: Es evidente que el parto con analgesia epidural conlleva un mayor riesgo de complicaciones obstétrico-ginecológicas en comparación con los que no. Como podemos observar tras el estudio detenido de los resultados obtenidos, el uso de analgesia epidural se relaciona con un aumento de la tasa de cesáreas y de partos instrumentales. Para valorar este dato hay que recordar que las gestantes con más riesgo de cesárea tienen mayor incidencia de analgesia epidural, primiparidad e inducción del parto. La tasa de partos instrumentales ha disminuido de Otro dato significativo que merece mención es el porcentaje de parto instrumental con analgesia epidural (10%) en comparación con las gestantes sin analgesia epidural (3,23%). En la revisión bibliográfica se encuentran actuaciones para aumentar la probabilidad de parto eutócico con analgesia epidural, tales como: respetar los tiempos de espera (4 horas de expulsivo en primíparas, 3 horas en múltiparas, según la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad 2010), movilidad de la mujer antes de la A.E., variar posiciones durante el uso de analgesia epidural (DLI, DLD, sedestación, etc.), esperar a la sensación de pujo o aumento de presión antes de animar a pujar.



P-091.- ALIVIO DEL DOLOR EN LA DILATACIÓN.

NOGALES-LORA F*, PÉREZ-MÁRQUEZ M, TELLO-LAZARO I.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA.

RESUMEN.

OBJETIVO: Orientar a las embarazadas en trabajo de parto sobre los diferentes métodos para un alivio del dolor en la dilatación. METODOS: revisión bibliográfica en base de datos Cochrane, Pubmed, en el manual Parto seguro de Beatrijs Smulders y Mariel Croon y la revista Metas de Enfermería. RESULTADOS: Tras la búsqueda bibliográfica seleccionamos 3 artículos, en el primero de ellos se expone los beneficios de la inmersión en el agua o ducha basado en 11 ensayos con 3146 mujeres de los cuales 8 se relacionan con el periodo dilatante. en el segundo basado en las técnicas de relajación incluidas en 11 estudios en 1374 mujeres en las cuales la relajación se asoció a una disminución de la intensidad del dolor. Para terminar con la revisión, el último artículo se basa en la posición y movilidad de la madre durante la dilatación, en el que se realizaron 21 estudios en 3706 mujeres en las que el tiempo se disminuyó en 1 hora. Discusión: Como conclusión extraemos que la ducha o el baño de agua caliente produce una disminución en el uso de analgesia epidural, ya que el calor alivia el dolor y los calambres producidos por el mantenimiento de una misma postura durante un largo periodo de tiempo, la relajación a través de la respiración controlada, jadeante... al aumentar la concentración en las contracciones disminuye el dolor y el periodo de dilatación, y por último la libre elección de postura por la mujer hará que consiga un mejor descenso de la cabeza fetal, alivio y descarga de presión de ciertas zonas musculares.



P-092.- TERAPIAS ALTERNATIVAS A LA EPIDURAL EN EL TRABAJO DE PARTO.

CRUZ S, CARTES A, GENTIL P, MARTÍN R, MORICHE M, NUÑEZ JL.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Conocer la eficacia del óxido nítrico como analgésico en el trabajo de parto y sus efectos adversos. **MÉTODOS:** Se realizó una revisión sistemática y un metaanálisis de estudios observacionales. **RESULTADOS:** El óxido nítrico es una alternativa en los partos en los que no sea posible la analgesia epidural o la mujer no la desee. Este gas analgésico en presentación equimolar al 50% con oxígeno es altamente seguro ya que no provoca depresión respiratoria ni inestabilidad hemodinámica, no se pierde la conciencia ni es necesario el ayuno. Se caracteriza por su fácil administración con inicio rápido y predecible, con seguridad materna y fetal asegurando una analgesia en todas las etapas del parto sin producir bloqueo motor en la madre. Frente a otros analgésicos por vía parenteral el óxido nítrico es barato, no necesita venoclisis ni monitorización especial sin afectar al trabajo de parto ni a la lactancia. Se analizaron once ensayos controlados aleatorios en los que fueron incluidos para determinar su eficacia, un estudio ciego, estudio cruzado con un período de control de placebo, cinco ensayos en los que el grupo control recibió otro agente inhalado y un estudio que comparó dos concentraciones de óxido nítrico y dos técnicas de administración. Seis ensayos utilizaron escalas para evaluar la eficacia y la mayoría de estos estudios el tamaño muestral es relativamente pequeño y no tienen un grupo control de mujeres que recibieron ningún tipo de analgesia. Ocho estudios fueron excluidos de la consideración de la eficacia debido a que no fueron asignados al azar, no controlados, la evaluación de la analgesia no fue hecha por la parturienta o la analgesia no se evaluó hasta por lo menos una día completo después del nacimiento. Diecinueve estudios se incluyeron para analizar los efectos adversos de su utilización. **DISCUSIÓN:** El óxido nítrico es una buena alternativa analgésica en el trabajo de parto en espera de la aplicación de analgesia epidural o cuando no es posible su aplicación. Ha demostrado un amplio margen de seguridad tanto para la madre como para el niño aunque hace falta realizar estudios con mayores series de pacientes.



P-093.- CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA EPISIOTOMÍA.

LÓPEZ-MARÍN R*, FRUTOS-MOLINA D.

H. SANTA LUCIA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Analizar necesidades percibidas por las mujeres en relación a la realización de episiotomía. Promover un modelo de atención al parto basado en la participación de la mujer. Dar cobertura legal a la intervención de la episiotomía. **METODO:** Revisión de la legislación vigente en relación al derecho de información del usuario mediante el uso del CI. Análisis de la demanda de información por parte de usuarias en asociaciones de mujeres de España. **RESULTADOS:** Grupos de mujeres y sociedades: El parto es nuestro, Proyecto humanización de la atención perinatal Andalucía, www.episiotomia.info, etc. exigen que el uso de episiotomía no se realice de forma rutinaria y defienden la necesidad del CI para esa intervención. Asimismo, existe un marco legal que describe el derecho a información del usuario en el ámbito europeo, estatal y regional. La Ley 14/1986 general de Sanidad, Art. 9-10, sustituye la concepción de paciente por la de usuario y defiende el derecho a información de este. El 4 abril 1997, se firmó un Convenio del Consejo de Europa sobre los derechos del hombre y biomedicina, donde se puso de manifiesto que el usuario era en última instancia el que debía decidir sobre las intervenciones que le propusieran. A nivel nacional, la Ley 41/2002, adapta la LGS en el ámbito de derechos de información, aclarando situaciones jurídicas, derechos y obligaciones de los profesionales sanitarios. **DISCUSION:** Existe una base legal de la necesidad de informar de los procedimientos que se van a realizar a los usuarios. Las propias mujeres, demandan dicha información y rechazan la práctica sistemática del uso de la episiotomía. Desde el Ministerio de Sanidad y diversas asociaciones profesionales (v.g. FAME) se trabaja para cumplir estas expectativas; Así, el Plan de Parto y Nacimiento propuesto por el Ministerio, en virtud de la Estrategia de **Atención al Parto Normal, defiende que la episiotomía "únicamente se realizará en algunas situaciones en las que se precisa facilitar la salida del bebé", desterrando la idea de su uso sistemático por parte de los profesionales.** No obstante, y vista la necesidad social y legal, precisamos de un modelo de CI donde la matrona pueda informar a la mujer de los beneficios de la técnica en determinadas circunstancias y posibles riesgos derivados, haciéndola participe de su proceso de parto y nacimiento de su hijo.



P-094.- DERECHOS QUE PROTEGEN TU EMBARAZO.

ROMERA-DE PACO G, SÁNCHEZ-SÁNCHEZ F, GÓNGORA-JIMÉNEZ V, PALOMINO-SALVADOR P, CONESA-AGÜERA A, GARCÍA-GOMEZ A.

HOSPITAL RAFAEL MENDEZ.

RESUMEN.

OBJETIVOS: - Recopilar las Normas y Leyes que protegen la maternidad/paternidad en España. METODO: - Búsqueda bibliográfica en bases de datos online como BOE, UGT, INSS. RESULTADOS: - Existen una normativa de derechos durante el embarazo, parto y lactancia materna que protegen la maternidad/paternidad en España, dejando arbitrariedad y definición en los Convenio Colectivo con las empresas. DISCUSION: De la precaria situación laboral de todos los trabajadores y en especial de la embarazadas, acontecida durante la Revolución Industrial (2º mitad s. XVII), empiezan a surgir movimientos por parte de los trabajadores para proteger el producto del embarazo y futuro socio-económico, y en consecuencia de los gobiernos para conseguirlo. De ahí, que a principios del s. XIX surjan ya las primeras leyes que regulan la actividad de niños y mujeres en el trabajo. Es en 1900 cuando surge la Ley de 13 de marzo de 1900, que introduce los descansos por postparto y por lactancia, y regula el trabajo de menores. En la Segunda República (1931 – 1939), se establece el derecho a la asociación sindical, ley del Contrato de Trabajo y las bases del Sistema Seguridad Social. A partir de entonces, sigue un periodo de consecución de mejoras legislativas para el trabajador, hasta la época franquista (1939-1976) donde se producirá un detrimento significativo de todos los derechos conseguidos hasta entonces. Tras este periodo, a partir de “La transición” (1976-1978), la instauración de la Democracia, y con la aprobación de la Constitución de 1978, comienza en España un nuevo periodo legislativo que ha ido evolucionando hasta nuestros días. La legislación actual durante el embarazo y puerperio busca la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, estableciendo una legislación sobre prevención de riesgos laborales (Ley 31/95. Art. 26), promoción de la conciliación de la vida familiar y laboral (Ley 39/1999, 5 noviembre), de igualdad efectiva entre hombre y mujeres (Ley 3/2007), de regulación de las prestaciones económicas por parte de la Seguridad Social (R.D 1251/2001), de ampliación de los permisos de paternidad (Ley 9/2009, 6 de octubre), de salud sexual reproductiva e interrupción voluntaria del embarazo (Ley 2/2010, 3 marzo).



P-095.- PROYECTO DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD A LA MUJER CON DIABETES GESTACIONAL.

AZNAR M*, DELGADO M, PÉREZ S, VÁSQUEZ V.

HOSPITAL RAFAEL MÉNDEZ LORCA.

RESUMEN.

Justificación La diabetes constituye la enfermedad médica más frecuente durante el embarazo en nuestro medio. Es importante tener en cuenta que cuando aparece la diabetes gestacional la mujer no suele estar preparada para ello y tiene que asimilar rápidamente toda la información que se le suministre, situación que les causa un gran nerviosismo. Por ello, se hace necesaria la implantación de un programa de educación diabetológica para mujeres gestantes que disminuya las complicaciones a través de la adquisición de hábitos saludables, reduzca los ingresos hospitalarios maternos y las bajas laborales causadas por su cuadro diabético. **OBJETIVOS:** Los objetivos generales del programa serían: 1. Disminuir la incidencia de la morbilidad materno-fetal consecuencia de diabetes gestacional. 2. Instaurar hábitos de vida saludables después del embarazo para, de esta forma, impedir o retardar la aparición de una diabetes franca. **METODOLOGÍA:** En este programa participarían, de forma voluntaria, todas las pacientes diagnosticadas de diabetes gestacional, que sean atendidas en la consulta de Alto Riesgo Obstétrico y aquellas que lo solicitaran. Los contenidos educativos serán los propios del marco de la diabetes, adaptados a la etapa de la vida en la que se encuentran inmersas las mujeres de nuestro programa y teniendo en cuenta además el nivel educativo y socioeconómico. Dichos contenidos se van a centrar en modificar hábitos de vida relacionados con la alimentación, el ejercicio y el tratamiento farmacológico (si precisa). El programa consta de 6 sesiones (la primera de ellas individual), donde las gestantes llevarán a cabo una serie de actividades preferentemente grupales, aunque en el caso de que no fuese posible se harían de forma individual. **Valoración del programa y evaluación de las pacientes** La valoración general del programa se realizaría desde una perspectiva clínica, teniendo en cuenta las respuestas de las participantes a una encuesta de valoración subjetiva de este, que se les realizaría al acabar la última sesión. Podrán incluir sus sugerencias para mejorarlo. La evaluación individual de la paciente se realizaría mediante una hoja de evaluación en la que se reflejan los resultados individuales que ha obtenido cada mujer en relación a la consecución de los objetivos del programa. Esta evaluación se realizaría en dos momentos: antes y después de la realización del programa.



P-096.- PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL PARA ADOLESCENTES: CONSULTA JOVEN.

DELGADO M*, AZNAR M, PÉREZ S, VÁSQUEZ V.

HOSPITAL RAFAEL MÉNDEZ LORCA.

RESUMEN.

Introducción En la actualidad, la promiscuidad sexual ha cogido auge y con ello las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y los embarazos no deseados. Parece que los adolescentes españoles le han perdido el miedo cada vez que mantienen relaciones sexuales sin protección. Una prueba de ello viene de la mano de las estadísticas: en sólo seis años, los casos de sífilis se han duplicado en nuestro país, la infección por el virus herpes ha aumentado un 68% en dos años mientras que en este mismo periodo de tiempo las clamidias han crecido un 13% entre las mujeres, según datos recogidos por el Instituto de Salud Carlos III. Justificación Ante la problemática sexual de los/as adolescentes se plantea un programa de educación para atender las necesidades sexuales de la población juvenil, que se impartirá en los institutos mediante diferentes sesiones, en las cuales se pretende concienciar y hacerles participes sobre los problemas que pueden acarrearles en un futuro, ya que, aun con la cantidad de información ofrecida parece no satisfacer los resultados, incrementando los casos de ETS y embarazos no deseados. OBJETIVOS: Los objetivos de este programa son producir un acercamiento con adolescentes que normalmente no acude a los centros de salud, fomentar en adolescentes conductas saludables y responsables en educación sexual-afectiva, concienciarlos de la importancia de hacer un buen uso de su sexualidad como forma de prevención de ETS y embarazos no deseados. METODOLOGÍA: Pretendemos cumplir estos objetivos poniendo a disposición de los adolescentes una consulta en el instituto en la que podrán acudir en un horario adaptado a sus necesidades, de forma confidencial. Creando además un correo en el que los alumnos pueden enviar sus consultas de forma anónima. Además de esto se realizarán seis sesiones dentro del horario lectivo en las que se tratarán los siguientes contenidos educativos: - ETS: Definición, signos y síntomas, tratamiento. - Métodos anticonceptivos. Embarazos no deseados. - Preservativo: prevención ETS. Definición, forma de usarlo. El programa va dirigido a adolescentes de entre 14 y 16 años. Haremos sesiones de información y otras en las que, mediante técnicas grupales, mediremos los conocimientos adquiridos por estos. Evaluación Después de las seis sesiones educativas se pasarán cuestionarios para evaluar los conocimientos adquiridos y realizaremos rol-playing en los que observaremos como los adolescentes actúan ante distintas situaciones.



P-097.- EXPERIENCIA Y RESULTADOS SESIONES INFORMATIVAS ATENCION PRIMARIA-CONSORCIO HOSPITALARIO DE VIC.

ROSEAN-VILA I, MONTES-GONZÁLEZ I, PUJOL-VILA M, FERNÁNDEZ-CASTRO CM, MORA-BARBA S, ARBERASLAUZURICA S.

HOSPITAL GENERAL VIC.

RESUMEN.

Experiencia del ASSIR- CHV y resultados encuesta satisfacción en las sesiones informativas a las gestantes y sus parejas. inicio julio 2010-2012. Experiencia de dos años. OBJETIVO: acercar el hospital a las gestantes, para disminuir su ansiedad durante el parto. METODOLOGIA: las sesiones se imparten una vez al mes, con una duración de dos horas, participando en ellas los diferentes profesionales implicados en el control del embarazo y en la asistencia al parto, participan en las sesiones una matrona de atención primaria, matrona hospitalaria, obstetra/ginecologo, servicio de anestesia y servicio de pediatría. el contenido de la sesión es informativo, haciendo una visita virtual de la sala de partos, información sobre anestesia, lactancia materna, puerperio. Al final se abre un turno de preguntas, y se reparte una encuesta de satisfacción sobre la sesión y los profesionales que la integran.



P-098.- LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA DESDE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA MATRONA.

RODRÍGUEZ V*, MARTÍNEZ GM, ROYO T, PÉREZ E, GUILLÉN A, MOLINA A.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Actualizar los conocimientos de la matrona en incidencia y prevención del cáncer de mama. Propuestas para que la matrona consiga aumentar el número de mujeres partícipes en el programa de prevención del cáncer de mama. **METODO:** Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos científicas como: Medline, Biblioteca Virtual en Salud, Cochrane, Índice Médico Español... **RESULTADOS:** El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente entre las mujeres de todo el mundo, (a excepción de los tumores cánceres de piel no melanomas). Se estima que el riesgo de padecer cáncer de mama es de, aproximadamente, 1 de cada 8 mujeres. La incidencia del cáncer de mama en los países occidentales se ha incrementado, sin embargo la tasa de mortalidad ha descendido, se cree que debido al diagnóstico precoz y a tratamientos más eficaces. En España se diagnostican unos 22.000 casos al año, lo que representa casi el 30% de todos los tumores del sexo femenino en nuestro país. En los programas de detección precoz del cáncer de mama participa un equipo multidisciplinar en el cual un papel importante lo desempeña la matrona, sobretodo en la información a la población femenina en prevención y detección temprana, ésta última compuesta por autoexploración mamaria, exploración clínica y mamografía. Actualmente la prevención secundaria del cáncer de mama a través del examen mamográfico regular, se considera el método más eficaz para reducir la mortalidad, sin embargo las tasas de participación en los programas de cribado mamográfico son relativamente bajas y en España oscilan de forma considerable entre un 90 y un 60%. **DISCUSION:** Brevemente y en el caso de la mamografía, el Modelo de Creencias de Salud postularía que la probabilidad de que una mujer se someta a un control mamográfico dependería de: su percepción de Vulnerabilidad al cáncer de mama, la Gravedad percibida de ésta enfermedad, y los Beneficios y Barreras o inconvenientes asociados a la mamografía. Así pues la matrona por su situación privilegiada de cercanía a la población femenina es la profesional responsable más involucrada en la salud de la mujer, por ello organizando sesiones de Educación para la Salud, charlas informativas en las Asociaciones de su Zona Básica de Salud, talleres teórico-prácticos sobre prevención y detección del cáncer de mama, puede no sólo dar asistencia profesional y cualificada a una de sus competencias, sino que creemos aumentaría el número de participación femenina en éste programa.



P-099.- LA PAREJA CON PROBLEMAS DE ESTERILIDAD. INTERVENCIÓN DE LA MATRONA.

MARTÍNEZ-AMORES GM*, RODRÍGUEZ-SÁNCHEZ V, PÉREZ-ABAD E, GUILLÉN-MARTÍNEZ A, MOLINA-RODRÍGUEZ A, ROYO-MORALES T.

H U V A.

RESUMEN.

INTRODUCCIÓN: El diagnóstico de infertilidad en la pareja, tiene un impacto emocional que **a menudo se describe como "crisis vital"**. A esta crisis se le suma, por un lado el estrés que conlleva la elección de afrontar los diferentes tratamientos reproductivos, y por otro, el proceso de duelo que vive la pareja ante la ausencia de embarazo. **OBJETIVOS:** - Dar a conocer a los profesionales de la salud la importancia del asesoramiento y educación sanitaria en la pareja con problemas de esterilidad. - Asentar las bases para el futuro desarrollo de un programa de salud dirigido a parejas con problemas de esterilidad. **MÉTODOS:** Se realiza una revisión de la literatura en torno a los aspectos psicológicos que envuelven los problemas de esterilidad, además de revisar los distintos instrumentos educativos para el manejo de estos pacientes por parte de los profesionales sanitarios. Se utilizan bases de datos como Cuiden, Cochrane Plus, Pubmed y publicaciones de la Sociedad Española de fertilidad. **RESULTADOS:** Estudios realizados demuestran la disminución de los problemas psicológicos en las parejas sometidas a educación sanitaria y asesoramiento por parte de profesionales de la salud. Por otra parte, se ha comprobado la importancia del consejo higiénico-dietético y de hábitos tóxicos, al aumentar con este las posibilidades de éxito en pacientes sometidos a tratamientos de reproducción asistida. En la literatura analizada encontramos diversas propuestas que pueden servirnos de ayuda a la hora del desarrollo de un programa de salud dirigido a estos pacientes. **DISCUSIÓN:** Es necesaria la participación activa en programas de salud por parte de los profesionales para mejorar la calidad de vida de las personas que se enfrentan a esta problemática. La matrona por su formación en la etapa reproductiva del ser humano, es un profesional altamente cualificado para desempeñar un papel fundamental a la hora del desarrollo de un programa de salud dirigido a parejas con problemas de esterilidad.



P-100.- CUIDADO CONDUCTIDO POR LAS MATRONAS: MIDWIFE LED CARE.

HERNÁNDEZ-RABAL M*, GAVILÁN-DÍAZ M, GALLEGO-MOLINA J, PALOMO-GÓMEZ R, FLORES-GARCÍA MA, MORILLA-ARAGÓN MT.

HOSPITAL CARLOS HAYA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Conocer los beneficios del modelo "cuidado conducido por matronas" o "midwifery led care". METODOS: Búsqueda bibliográfica en base de datos Cuiden, Medline y en guías de práctica clínica. RESULTADOS: En muchas partes del mundo se practica el modelo "cuidado conducido por las matronas" or "midwifery led care". En él la matrona es el profesional principal en la planificación, la organización y la prestación de la atención médica administrada a una mujer desde la cita inicial hasta el período posnatal" Este modelo de atención se basa en la premisa de que el embarazo y el parto son eventos vitales normales centrados en la mujer. Incluye: continuidad de la atención; monitorización del bienestar físico, psicológico, espiritual y social de la mujer y la familia durante todo el ciclo del parto; proporcionar a la mujer educación, asesoramiento y atención prenatal individualizados; asistencia continua durante el trabajo de parto, el parto y el período posparto inmediato; apoyo constante durante el período posnatal; disminuir las intervenciones tecnológicas; e identificar y referir a las mujeres que requieren atención obstétrica u otra atención especializada. Su filosofía de base es la normalidad y la atención durante el trabajo de parto por una matrona conocida y fiable, haciendo énfasis en la capacidad natural de las mujeres de tener su parto con una intervención mínima. Los beneficios principales fueron la reducción del riesgo de pérdida de un recién nacido antes de las 24 semanas. Asimismo, durante el trabajo de parto hubo una reducción en el uso de analgesia regional, con menos episiotomías o partos instrumentales. La atención por comadronas también aumentó la probabilidad de la mujer de recibir atención durante el trabajo de parto por una matrona que ella conocía. También aumentó la probabilidad de un parto vaginal espontáneo y de iniciar la lactancia materna. Además, la atención por matronas dio lugar a que más mujeres sintieran estar bajo control durante el trabajo de parto. DISCUSION: La atención por matronas proporciona beneficios para las mujeres embarazadas y sus recién nacidos y no muestra resultados adversos, por lo que es recomendable. A todas las mujeres se les debe ofrecer modelos de atención por matronas y a las mujeres se les debe animar para solicitar esta opción.



P-101.- PLAN DE CUIDADOS EN PUÉRPERAS DIRIGIDO POR UNA MATRONA.

MOLINA-RODRÍGUEZ A, ROYO-MORALES T, MARTÍNEZ-AMORES GM, RODRÍGUEZ-SÁNCHEZ V, PÉREZ-ABAD E*, GUILLÉN-MARTÍNEZ A.

H.U.V. DE LA ARRIXACA.

RESUMEN.

La matrona ofrece cuidados integrales a la mujer en su proceso de puerperio fisiológico, basándose en sus competencias como profesional en el cuidado de la mujer a lo largo de toda su vida reproductiva y del recién nacido hasta los 28 días de vida. Pretendemos optimizar los recursos humanos y materiales del sistema público de salud utilizando al profesional competente para el seguimiento y control del puerperio fisiológico consiguiendo la máxima adecuación de los medios disponibles. OBJETIVOS: Evaluar la efectividad de un plan de cuidados implantado en un servicio de puérperas asistido por una matrona. Disminuir la aparición de complicaciones puerperales más frecuentes (perineales, relacionadas con la lactancia materna y psicológicas). Cuantificar el grado de satisfacción de la mujer tras su paso por el servicio de puérperas asistido por la matrona. METODOS: Revisión bibliográfica en bases de datos CUIDEN, CINHAI, COCHRANE, PUBMED. Elaboración de un plan de cuidados para la atención de las puérperas y sus recién nacidos en un servicio de puérperas de un hospital maternal universitario, basado en la metodología NANDA-NIC-NOC. RESULTADOS: Se obtuvo el siguiente plan de cuidados, que consta de actividades centradas en el concepto holístico de la mujer. Objetivos del plan: Aumentar el nivel de conocimientos en los siguientes puntos: -Amamantamiento y otras técnicas de alimentación con leche materna -Complicaciones reales de la lactancia materna y complicaciones potenciales -Signos y síntomas por los que debe acudir a urgencias - Cuidados básicos del recién nacido Favorecer el afrontamiento efectivo de los nuevos roles familiares Reforzar la disposición para mejorar el autoconcepto de la puérpera. Intervenciones: Organizar talleres diarios de educación para la salud relacionados con: - lactancia materna -evolución fisiológica del proceso puerperal -cuidados del neonato Identificación de los principales miembros de la familia y favorecer la integración del nuevo miembro en el núcleo familiar Se creará un ambiente adecuado para que la puérpera verbalice sus sentimientos. DISCUSION: Concluimos el plan de cuidados con una evaluación basada en la medición de cada uno de los objetivos a través de una escala tipo Linkert de cinco puntos y consideramos que los resultados serían altamente positivos para el ejercicio de la profesión al obtener unos niveles superiores de satisfacción de las puérperas con este plan de cuidados llevado a cabo por la matrona.



P-102.- PREVENCIÓN DE LAS DISFUNCIONES DEL SUELO PELVICO EN EL POSTPARTO.

JANÉ-FEIXAS C, CRESPO-JIMÉNEZ N, ROMERO-CULLERES G, PIQUE-CANAL P, ABENOZA-GUARDIOLA M.

ASSIR.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Prevenir las disfunciones del Suelo Pélvico (SP) que puedan aparecer durante el postparto. **PACIENTES Y METODOS:** Estudio descriptivo y prospectivo del programa de rehabilitación de suelo pélvico (SP) que se imparte en el postparto en nuestro territorio. El programa consiste en 4 sesiones grupales donde se informa de la importancia del SP y sus alteraciones relacionadas con la gestación y puerperio. Se realizan ejercicios de propiocepción SP, reeducación hábitos miccionales y defecatorios, realización de ejercicios Kegel, respiratorios diafragmáticos, higiene postural y gimnasia abdominal hipopresiva.. Al finalizar el programa, las usuarias responden un cuestionario dónde se valora: el grado de satisfacción, los posibles factores de riesgo para la incontinencia urinaria y fecal, si lo aconsejarían a otras personas, si creen que se tiene que hacer Rehabilitación (RHB) SP sistemáticamente después de un parto, si han tenido incontinencia urinaria (IU) o incontinencia fecal (IF) o a gases y como son sus relaciones sexuales en el puerperio. **RESULTADOS:** El total de usuarias entrevistadas fue de 216, con una media de edad de 33 años (23-44). Los hallazgos fueron: 15% había presentado IU anterior al embarazo, 32% durante el embarazo y 26% en el puerperio. El 25% tuvieron I. Gases y 2,5 % IF. La mayoría contestaron no realizar ejercicios SP durante la gestación ni masaje perineal. Al 57% se le había practicado episiotomía y 43% había tenido algún grado de desgarro. El 32% padecía habitualmente estreñimiento. El 36% manifestaron que sus relaciones sexuales eran menos satisfactorias después del parto. El 98% de las participantes consideraron que tenían mayor percepción del suelo pélvico que lo recomendarían a otras mujeres y consideraron que se tenía que realizar programa rehabilitación SP sistemáticamente después de un parto. El Grado de satisfacción de las clases mediante escala EVA: 84% puntuaron entre un 9 - 10. **CONCLUSIONES:** Las usuarias de un programa de rehabilitación SP postparto están satisfechas y sacan provecho del tratamiento recibido. Se detectan precozmente las disfunciones del SP. **DISCUSION:** Es en la época gestacional y puerperal donde se tiene que realizar un buen trabajo y prevención de la musculatura perineal para así evitar las posibles disfunciones que puedan aparecer en el futuro.



P-103.- CONSIDERACIONES SOCIALES DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL FRANQUISMO: INFLUENCIA ACTUAL.

PÉREZ-ABAD E*, GUILLÉN-MARTÍNEZ A, MOLINA-RODRÍGUEZ A, ROYO-MORALES T, MARTÍNEZ-AMORES GM, RODRÍGUEZ-SÁNCHEZ V.

HOSPITAL REINA SOFÍA MURCIA.

RESUMEN.

INTRODUCCIÓN: Según la OMS, la lactancia es la forma ideal de aportar a los niños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de salud. En la lactancia materna además del componente instintivo hay un importante componente cultural transmitido. En la sociedad actual hay una falta de modelos culturales relativos al amamantamiento. La mayoría de las madres no reciben un apoyo eficaz debido a que la mayoría de las mujeres de su familia y entorno no han amamantado ni han visto amamantar eficazmente. OBJETIVOS: Conocer los motivos que provocaron que el entorno social y familiar que rodea actualmente a la mujer en la crianza no sea un soporte eficaz en la lactancia materna. Analizar el contexto político-social que motivó a las mujeres al abandono de la lactancia materna a partir de los años 60. METODOS: Revisión de la literatura entre 1992 y 2012 en las bases de datos Cochrane, Scielo y TESEO y publicaciones de la OMS, AEP y el MSC. RESULTADOS: Esta generación de mujeres vivió su infancia y juventud en la década de 1950-60, el franquismo. Uno de los objetivos políticos de este régimen fue aumentar la población. Para ello se diseñó un entramado de medidas sanitarias y de otra índole para disminuir la mortalidad infantil y aumentar la natalidad: estimular la nupcialidad, el cuidado de los hijos en el hogar y restringir el trabajo de la mujer fuera de la casa. En cuanto a la lactancia materna se hizo una gran presión propagandística para fomentarla. Por otro lado, las industrias alimenticias publicitaban sus productos infantiles en revistas femeninas y de puericultura y pediatría. Además se instauró la falsa creencia entre la población y también entre los profesionales de la salud, de que lo industrial es más perfecto que lo natural porque se puede medir, pesar y calcular científicamente, llevando a las madres a la pérdida de confianza en sus posibilidades. De hecho se llegó a decir que la lactancia materna es inversamente proporcional al desarrollo y progreso de la sociedad. DISCUSIÓN: Las mujeres de esta generación consideraban la lactancia materna como una amenaza que las relegaba al hogar y obstaculizaba su promoción profesional y laboral. La tecnología, la industria de la alimentación infantil y el biberón artificial eran liberadores, perdiéndose la conciencia de la gran importancia y valor de la lactancia materna.



P-104.- HEMATOMAS GENITALES EN EL PUERPERIO.

CASTILLO-CASTRO E*, VALENCIA-GÓMEZ E, CROS-OTERO SJ, VAELLO-ROBLEDO A, BARBOSA-CHAVES MJ, GARCIA-GALÁN RE.

COMPLEJO HOSPITALARIO PAMPLONA.

RESUMEN.

INTRODUCCIÓN: El útero de la embarazada, la vagina y la vulva tienen ricas fuentes vasculares que están en riesgo de trauma durante el parto, dicho trauma puede derivar en la formación de un hematoma genital, cuyas complicaciones obstétricas son graves.

OBJETIVOS: Con el fin de aumentar los conocimientos y manejo de patologías en el puerperio realizar la exposición un esquema de la clasificación de los hematomas genitales que pueden aparecer en el puerperio y la actitud terapéutica a llevar a cabo. METODOS: Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, Cochrane Library, Tripdatabase, a través de los términos MESH , genital bruise, puerperium. Así como en guías de práctica clínica en ginecología. Consideramos la versión en formato poster la mejor opción para que de forma simple y estructurada tengamos una visual de que tipos de hematomas genitales pueden darse en el puerperio y su manejo terapéutico.

RESULTADOS: Como dijo Leah (2000) Durante el embarazo la asistencia prenatal a la mujer asegura una valoración continua de salud .. Durante el puerperio la atención queda interrumpida, y no pensamos las posibles complicaciones a posteriori que puede tener un parto que ha finalizado exitosamente, una de ellas es el hematoma genital cuya incidencia se da en 1/500 partos, y se define como: Derrames sanguíneos que se producen en el espesor del tejido conectivo pericervical , parivaginal o perivulvar sin rotura de los planos superficiales consecuentes a lesiones vasculares espontaneas o traumáticas tras el proceso del parto. DISCUSION: La revisión bibliográfica nos ha mostrado la etiología, clasificación y tratamiento de los distintos hematomas genitales, toda esta documentación de forma gráfica será expuesta en el poster para poder compartir y aumentar los conocimientos en un área de la que quizás no estemos tan en contacto, y con ello tomar conciencia de lo que podemos poner de nuestra parte para evitar dicha complicación.



P-105.- LA LABOR DE LA MATRONA EN EL PUERPERIO.

CÁRDENAS-DE COS C, ZAPATA-VALERA M, CROS-OTERO SJ.

H. ROSELL.

RESUMEN.

OBJETIVO: Debido a la necesidad de garantizar la educación sanitaria a las mujeres en el puerperio antes del alta hospitalaria, se propone la creación de un programa de actuación de la matrona como educadora en necesidades básicas, propias y del recién nacido con el objetivo de conseguir una formación completa de la etapa puerperal al alta de la mujer.

MATERIAL Y METODO: Realización de consultas individuales atendiendo a las necesidades personales de cada mujer y además talleres de grupo (máx. 10 mujeres) de 30 min entre las 24 y las 48 h después del parto, compuestos por charlas (diapositivas power point), prácticas, dudas y preguntas. 1º Taller (16:00 h): Autocuidados, recuperación y prevención de complicaciones 2º Taller (20:00 h): Cuidados del RN, LM. Las mujeres acudirán a los dos talleres, en función de sus circunstancias, independientemente del orden y día elegido.

RESULTADOS: Como resultados principales, analizaríamos los siguientes ítems: La mujer y su pareja serán capaces de prevenir y detectar las complicaciones más frecuentes del puerperio. Formación de los padres en cuidados del RN y autocuidados de la mujer. La mujer será capaz de alcanzar una lactancia materna eficaz. La mujer conocerá y pondrá en práctica técnicas para la recuperación física de su cuerpo. **DISCUSION:** Los conocimientos en cuidados de las púerperas sobre autocuidados y cuidados del recién nacido en el momento del alta hospitalaria adquieren especial relevancia, ya que, después del parto, comienza una etapa vital crítica para la mujer, a la que ésta necesita adaptarse de forma progresiva y saludable. Los cuidados de la matrona, en este proceso de cambios, son de tal importancia que permitirán que la mujer consiga una buena adaptación y, por tanto, favorecerán la salud y el bienestar propio y de su entorno.



P-106.- PREVENCIÓN DE LAS GRIETAS EN EL PEZÓN: ESTRATEGIA PARA LA DISMINUCIÓN DEL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA.

GARRIDO-CARREÑO R*, RUIZ-CHUMILLA MA, MARTÍN-MARTOS V, ORENES-BELLIDO MA, PICÓN-CARMONA M.

HU VIRGEN DE LA ARRIXACA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Desde 2003 la OMS recomienda la lactancia materna exclusiva en recién nacidos hasta los 6 meses de edad, pues se han constatado ampliamente los beneficios que aporta en el desarrollo infantil. Sin embargo, sabemos que puede verse dificultada por ciertos factores, principalmente por la adquisición de posiciones inadecuadas al amamantar, situación que suele derivar en problemas molestos para la nueva madre que pueden condicionarla, incluso, en el abandono de la lactación. Uno de los principales problemas derivados de la mala posición del recién nacido durante la lactancia son, las grietas en el pezón. Objeto de numerosa rumorología ha sido el tratamiento de las mismas con productos de todo tipo, así como de estudios científicos que intentan aportar evidencia científica. Sin embargo, entendiendo la necesidad de preservar la lactancia materna el mayor tiempo posible, así como de evitar tratamientos innecesarios, convenimos analizar los métodos preventivos más adecuados para disminuir la incidencia de los agrietamientos del pezón. **MÉTODOS:** Análisis y revisión de la literatura en diversas bases de datos: Scielo, Elsevier, PAHO, Cochrane Library. Se han analizado unos 30 artículos encontrados a través de los descriptores seleccionados. **RESULTADOS Y DISCUSIÓN:** Tras la revisión de la literatura hemos observado que, aunque los métodos de prevención de grietas son variados, los autores coinciden en que, el principal y más eficaz método preventivo es la correcta colocación del recién nacido durante el amamantamiento. La posición adecuada la determinan una serie de pautas y existen diversas posturas para lactar que favorecen la prevención de grietas, ambos aspectos serán detallados ampliamente en esta comunicación. Existen además otros métodos preventivos cuya recomendación varía según los autores, pero que carecen de evidencia científica que los avale ampliamente, sin embargo creemos necesario mostrarlos y destacar la controversia existente entre dichos métodos. **CONCLUSIÓN** Entendemos que la literatura avala la necesidad de enseñar a las futuras madres la correcta colocación para amamantar, aprovechando precisamente las sesiones de educación maternal para ello. Sin embargo, creemos necesario analizar la metodología educativa más efectiva para orientar a las madres en este proceso, pues aun contando con personal bien formado en el tema, continuamos viendo grupos de mujeres en los que persisten estos problemas y que desgraciadamente abandonan la lactancia.



P-107.- PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA: BARRERAS EN SU INSTAURACIÓN Y MANTENIMIENTO.

GARCÍA-GÓMEZ AM*, PADILLA-CASAÚ C, REALES-FERRER E, ROMERA-DE PACO GM, SÁNCHEZ-SÁNCHEZ FC, GÓNGORA-JIMÉNEZ MV.

REMC LUIS VALENCIANO.

RESUMEN.

INTRODUCCIÓN: La alimentación del lactante al pecho materno le ofrece un óptimo inicio a la vida, un desarrollo psicofísico adecuado y una mayor protección frente a los problemas de salud. A pesar de ello, aún sigue habiendo bajas tasas de inicio de la lactancia materna con duración media corta debido a abandonos precoces, tratándose por ello de un problema de salud pública importante que exige la puesta en marcha de medidas de promoción y apoyo las cuales carecen del respaldo suficiente de las autoridades y de los profesionales de la salud. Son numerosas las barreras que pueden inducir a las madres a no elegir la lactancia materna como método de alimentación o que provoquen un abandono precoz de la misma: la utilización en los medios de comunicación y publicidad de sucedáneos, mitos sociales de perder la silueta, temor a la pérdida de libertad, bajo nivel sociocultural, condiciones laborales precarias así como la separación madre- hijo en el periodo perinatal y lactancias anteriores no exitosas. A pesar de la evidencia disponible y de que el sistema de salud y sus profesionales afirman conocer los beneficios de la lactancia materna, en la práctica diaria, su influencia no es en muchos casos adecuada. Por ello, se proponen distintas actividades dirigidas tanto a profesionales sanitarios como a madres y familiares que refuercen un amamantamiento con éxito y un aumento de la duración de la lactancia materna. **METODO:** Estudio descriptivo basado en una revisión sistemática de bibliografía acotada entre los años 1998-2012 en el que se pretende analizar las barreras que influyen negativamente en la instauración y el mantenimiento de la lactancia y las actividades de promoción que intentan disminuirlas cambiando las actitudes, conocimientos y creencias erróneas. **OBJETIVOS:** •Conocer las barreras existentes que influyen negativamente en la instauración y el mantenimiento de la lactancia. •Analizar las iniciativas de promoción de la lactancia, institucionales y no institucionales. •Conocer las actividades de promoción que buscan disminuir las barreras, cambiar actitudes, conocimientos o creencias en el mantenimiento de la lactancia natural. **CONCLUSIÓN** La protección, promoción y apoyo de la lactancia requiere mejorar la formación teórico-práctica, cambiar actitudes, colaborar con otros grupos profesionales y grupos de apoyo de madres, adoptar las recomendaciones vigentes en la práctica profesional e impulsar un cambio y renovación en las rutinas de centros sanitarios.



P-108.- EL DOLOR EN EL RECIÉN NACIDO: CÓMO CUANTIFICARLO.

RUIZ-GÓMEZ E, PÉREZ ESPARZA-TORRES L, JIMÉNEZ-ROLDÁN F.

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA.

RESUMEN.

Los neonatos carecen de capacidad para comunicarse verbalmente, pero nos manifiestan su dolor en base a unos signos clínicos y a la comunicación gestual y prosódica. Sin embargo es un tema que se ha descuidado con frecuencia. El OBJETIVO de nuestro trabajo es presentar un método fácil y fiable de cuantificación del dolor en los recién nacidos y mostrar su uso correcto. Toda la bibliografía consultada, concluye que los recién nacidos experimentan el dolor de forma similar y probablemente con mayor intensidad que los adultos y con las mismas repercusiones de daño tisular, real o potencial. El dolor, produce en el niño un estado emocional altamente displacentero y aversivo, lo que le hace movilizar recursos para superarlo. Tras una revisión monográfica nuestro grupo de trabajo ha seleccionado la Escala de Valoración del Dolor para niños de 0 a 3 años (H-18.3) de nuestro hospital. Dicha escala puntúa de 0 a 3 los siguientes signos: edad gestacional (de 24 a más de 36 semanas), comportamiento (de dormido a despierto), aumento en la frecuencia cardíaca, disminución en la saturación de oxígeno, aparición de cejas fruncidas, ojos apretados y surco nasolabial. Los resultados se obtienen con un puntaje de 0 a 21 puntos y el examen de los signos debe prolongarse durante treinta segundos. Se trata de un método económico y fácil ya que sólo se precisa de la observación de la matrona y de un pulsioxímetro pediátrico. Es una realidad palpable en el desempeño de nuestra labor profesional diaria la realización de técnicas y procedimientos dolorosos para el bebé. Modificar nuestra actitud, puede beneficiar el desarrollo tanto físico como emocional del niño. Para ello es fundamental recoger datos objetivos que nos puedan orientar hacia un cambio en la sensibilización de este problema y así introducir de manera permanente prácticas de alivio del dolor en el manejo del recién nacido.



P-109.- LAS MATRONA SE REINVENTAN.

VÁZQUEZ-LARA JM, RODRÍGUEZ-DÍAZ L, CARRILLO-VEGA E, MUÑOZ-VELA FJ, VÁZQUEZ-LARA MD, FERNÁNDEZ-CARRASCO FJ.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CEUTA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: - Enumerar nuevos ámbitos de actuación laboral donde desarrollar nuestra labor como matronas en los tiempos que corren. - Conocer diferentes pautas para vender profesión en los medios de comunicación. **MÉTODOS:** La metodología que vamos a utilizar es descriptiva basándonos en los diferentes ámbitos de actuación donde hemos participado como matronas (talleres de parto a policías, la enfermería de urgencias, consulta de métodos naturales de concepción). Así como las pautas que debemos seguir para realizar un buen marketing social y vender profesión a nuestros medios de comunicación, y conseguir un reconocimiento social y un buen entendimiento de nuestra profesión. **RESULTADOS:** Detallamos a continuación los resultados de encuestas de satisfacción entre los diferentes eventos que hemos organizado así como la repercusión social en los medios de comunicación que ha tenido tales eventos. **DISCUSIÓN:** Entre los temas que debemos discutir es si las matronas vendemos profesión, si utilizamos los medios de comunicación de forma adecuada, si creamos necesidades para que nos reclamen, debemos ampliar nuestro ámbito de actuación así como enseñar a los demás que hacemos y porqué somos útiles, únicos y necesarios entre el personal sanitario y dentro de la sociedad.



P-110.- COMPARAR TRATAMIENTO CONDUCTUAL REALIZADO POR MATRONAS VS ASOCIACIÓN DE ANTICOLINÉRGICOS EN MUJERES CON IN. URINARIA DE.

ALIAGA-MARTÍNEZ F*, PRATS-RIBERA E, SISQUELLA-JUAN M, GARCÍA-BAEZA C, ECHEVARRIA-RAMOS M, RODERO-SALGUEIRO E.

ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. ASISTENCIA PRIMARIA.

RESUMEN.

OBJETIVO: Comparar el tratamiento conductual realizado por matronas de un programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva VS asociación de anticolinérgicos en mujeres con incontinencia urinaria de urgencia y mixta. **METODO:** Ensayo clínico sin aleatorización que incluyó mujeres que consultaron por IUU/M. El TC consistió en terapia conductual, reentrenamientos vesicales y RSP, con controles telefónicos semanales las tres primeras semanas y mensuales presenciales hasta seis meses. El anticolinérgico se prescribió si a las 6 semanas de TC la mujer no percibía mejora. Se compararon las características basales de los grupos evaluando su efectividad a partir del cambio de puntuación del ICQ-SF y CACV. **RESULTADOS:** De 184 mujeres incluidas (62 IUU y 122 IUM), se prescribió tratamiento al 19,0% (n=35). Al comparar las características basales del grupo TCA con TC, la edad media fue superior en el TCA (63,5 años [DE: 12,0] vs. 56,9 años [DE: 11,9]; p.



P-111.- EL PARTO, ARMONÍA E INTIMIDAD. CAMPAÑA EDUCATIVA EN EL SERVICIO DE MATERNIDAD Y PARTOS.

HURTADO C, DEL POZO L, RETAMA S, FERNÁNDEZ A.

HOSPITAL PUNTA EUROPA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Realizar una campaña de educación para la salud en nuestro hospital dirigida al entorno de la pareja que se encuentra en proceso de dilatación y parto, sobre la importancia de la intimidad y armonía en ese crucial momento de sus vidas. La hospitalización no debe suponer el alejamiento de la familia y amistades. Recibir visitas en el hospital y visitar es un derecho y una necesidad, pero es importante colaborar con el personal sanitario y respetar sus indicaciones para contribuir a crear un ambiente de tranquilidad. Una habitación saturada de visitas genera ruido e incomoda a las personas ingresadas al impedir el descanso y la intimidad. Incluso, puede causarles molestias e incrementar el dolor, además de influir en las condiciones laborales y mermar la calidad de la asistencia. Estudios muestran la necesidad manifestada por la familia de un horario adaptable a sus necesidades, pero esto ocasiona descontrol, especialmente en las unidades de Maternidad. En nuestro caso concreto, donde en la planta de maternidad se encuentran ingresadas tanto mujeres en proceso de dilatación como puérperas y recién nacidos, este exceso de visitas dificulta el proceso de parto de las gestantes prodrómicas y el descanso y recuperación de las puérperas y sus recién nacidos, así como, múltiples muestras de falta de respeto y agresiones hacia el personal sanitario. Todo esto pone de manifiesto un problema que se repite en muchos hospitales y que necesita una solución, ya que afecta al trabajo del personal sanitario de la unidad y a las condiciones de las gestantes ingresadas. Para favorecer el cambio, creemos necesaria la educación en salud de las usuarias y su acompañante y la implicación de los mismos; con el fin de que la regulación de visitas no se aprecie como una imposición hecha por la institución (algo impopular), sino una mejora de su estancia en el hospital para su recuperación. METODOS: Campaña de educación a nuestra población diana a través de señalización y cartelera en nuestro servicio de maternidad y partos. Extrapolar la campaña a los centros de salud a través de folletos y charlas de grupo. Basamos nuestra campaña en una revisión bibliográfica sobre la importancia de la armonía en el parto y dilatación (adrenalina versus oxitocina). Realizaremos una encuesta al alta para saber la opinión de las parejas sobre el exceso de visitas y flexibilidad de los horarios. DISCUSION Y RESULTADOS: Pondremos en marcha todo y en el congreso ofreceremos resultados.



P-112.- LA EDUCACIÓN MATERNAL A DEBATE. ¿ES ÚTIL EN EL MOMENTO DEL PARTO?.

DEL POZO L, HURTADO C, RETAMA S, FERNÁNDEZ A.

HOSPITAL PUNTA EUROPA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Comprobar la utilidad y eficacia de la educación maternal recibida en los centros de salud de la zona, determinar su influencia durante el momento del parto, así como, la relación existente entre educación maternal y la vivencia del parto. La Educación Maternal es un programa que se oferta en nuestro sistema sanitario para la promoción y prevención de la salud, con el objetivo de conseguir una vivencia más gozosa del embarazo así como del parto, fomentar la participación de las parejas y darles a ambos las herramientas necesarias para poder afrontar de manera positiva dicha etapa. Sin embargo, el día a día en el medio hospitalario y el contacto con las gestantes, así como con las puérperas, hace plantearnos si realmente estas actividades son efectivas, si las gestantes perciben como beneficiosa la educación maternal recibida durante la gestación para afrontar el momento del parto o por el contrario este recurso sanitario es indiferente o no se dirige adecuadamente a las necesidades de las embarazadas. **MÉTODOS:** La recogida de datos se realizará de forma sistemática, sin selección aleatoria de las gestantes. Captaremos a nuestra población diana en el servicio de partos y maternidad de nuestro hospital y utilizaremos una encuesta en la que las puérperas podrán reflejar el grado de satisfacción con la educación maternal recibida y con la utilidad que les ha aportado a la hora de afrontar el momento del parto. **DISCUSIÓN Y RESULTADOS:** Ofreceremos datos en los que se pueda evidenciar resultados sobre las cuestiones planteadas anteriormente: **percepción, satisfacción, utilidad, autocontrol...**



P-113.- PROTOCOLO DEL ESTUDIO SOBRE LA EFECTIVIDAD DE LA ACUPUNTURA EN EL INICIO ESPONTÁNEO DEL PARTO.

JIMÉNEZ-AROCA P, RAMÍREZ-MARTÍNEZ EI*, NAGORE-GONZÁLEZ L, CEREZO-CANTÓ A.

HOSPITAL DE LA PLANA.

RESUMEN.

ANTECEDENTES: Los estudios aparecidos hasta la fecha indican que la acupuntura para la inducción del trabajo de parto no presenta riesgos ni efectos teratogénicos conocidos y puede ser eficaz. La evidencia con respecto a la efectividad clínica de esta técnica es limitada, pero en algunos estudios se ha llegado a alcanzar un nivel de inducción del parto con acupuntura del 78%. JUSTIFICACIÓN: Como consecuencia de una aplicación esporádica no protocolizada en nuestro hospital de la técnica de acupuntura como medio facilitador del inicio espontáneo del parto en gestantes con edad gestacional mayor de 40+6 sg, se propone llevar a cabo este estudio con la pretensión de establecer dicho protocolo en los servicios obstétricos del hospital, generando motivación del personal y valorando la eficacia, eficiencia y efectividad de la técnica de acupuntura. OBJETIVO PRINCIPAL: Determinar la efectividad de la acupuntura para favorecer el inicio espontáneo de parto como prevención del embarazo cronológicamente prolongado. HIPÓTESIS: La aplicación de la acupuntura favorece el inicio espontáneo del trabajo de parto disminuyendo las inducciones farmacológicas en los embarazos cronológicamente prolongados. METODOLOGÍA: Estudio experimental controlado aleatorio: ensayo clínico aleatorio de caso-control. Inicio del estudio a partir de la selección de la muestra de acuerdo a los criterios de inclusión con aleatorización simple y muestreo no probabilístico consecutivo en caso-control. Inicio en 40 sg del protocolo de la acupuntura según sea caso o control. La muestra seleccionada como caso, recibirá en la 40 sg, 40 +3 sg, 40 +6 sg y 41 +2 sg, la aplicación de la técnica de la acupuntura en los puntos Ig4, BP6, V31, V32, y auriculoterapia en los puntos útero, shenmen y cero. En la muestra seleccionada como control se llevará a cabo un seguimiento mediante RCTG en las mismas semanas que en la muestra seleccionada como caso para evitar posibles sesgos en la muestra de estudio. En el caso de que la gestante no haya iniciado el trabajo de parto espontáneo se iniciará el protocolo correspondiente de inducción del parto en 41+3 sg. CONCLUSIÓN: El protocolo del estudio se implantó en el hospital en Abril del año 2012 y se prevé su finalización para Marzo del 2013, extrayendo para entonces conclusiones estadísticamente significativas que demuestren nuestra hipótesis de estudio y que sirvan de línea de investigación para futuros estudios.



P-114.- DEPORTE Y EMBARAZO. ¿QUÉ DEBEMOS SABER?.

JIMÉNEZ-LEBRÓN RM, JIMÉNEZ-RUZ A, NARANJO-ARIZA MI, HURTADO-ALGAR EM.
HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA CORDOBA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: -Conocer los beneficios de la práctica de ejercicio físico durante el embarazo y puerperio - Conocer los aspectos positivos y negativos que la practica de deporte durante el periodo de embarazo y puerperio supone - Identificar los deportes aconsejados y desaconsejados durante el período de embarazo. METODOS: Revisión bibliográfica de aspectos positivos y negativos de la práctica de deporte durante el embarazo y puerperio .Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Medline, Scopus, sciverse,wok,wos,Cochrane. RESULTADOS: La practica de deporte durante el embarazo y puerperio tiene numerosos beneficios como: disminución del riesgo de diabetes gestacional, menor ganancia de peso durante el embarazo, disminución del dolor durante el trabajo de parto y disminución del riesgo de depresión postparto Algunos deportes como los como los de contacto , aquellos con riesgo de caídas y traumatismos o aquellos que suponen cambios de presión están contraindicados durante la gestación porque suponen un riesgo para el bienestar fetal. En cualquier caso se debería contemplar cada caso de manera individualizada para poder aconsejar a cada mujer aquello que mejor le convenga según sus circunstancias. Aquellas gestantes ya deportistas previas al embarazo pueden seguir realizando su actividad, si no existe contraindicación, aquellas que no realizaban deporte previo al embarazo deben saber que no es el momento de iniciarse en una actividad intensa, pero que es muy recomendable practicar ejercicio suave o moderado. DISCUSION: El deporte es un fenómeno universal en la sociedad actual. Es un hecho social e individual además de un modo popular de utilización del tiempo de ocio. La mujer actual, como integrante de esta sociedad cambiante no es ajena a los beneficios que el deporte aporta y es por eso que participa de este. Durante el embarazo se producen una serie de cambios fisiológicos que ponen en duda si la practica de ciertos ejercicios son beneficiosos o por el contrario perjudiciales para la mujer y el feto. Con este estudio se concluye que los beneficios del ejercicio durante el embarazo son numerosos aunque existen situaciones en las que se debe prestar especial atención ya que la práctica de ciertos deportes podría estar contraindicada. La matrona debe conocer estos aspectos e incluirlos en la educación sanitaria que da a la gestante.



P-115.- RISOTERAPIA PARA EMBARAZADAS.

SOLER J*, CARPENA FJ.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Educar sobre todo lo relacionado con el embarazo por medio del humor. Aumentar la participación y el debate. Informar de los beneficios de la risa. Establecer una relación de empatía con la pareja. Facilitar y utilizar la risa como comunicación. **MÉTODOS:** El trabajo consiste en una revisión bibliográfica para elaborar una charla teórica sobre los beneficios de la risa y la importancia de estar relajadas durante la gestación, y la elaboración de una serie de dinámicas para favorecer todas las ventajas que la risa nos aporta adaptadas a la embarazada. Dicho taller es de 90 min. pudiendo ampliarlo a 3. El taller consiste: teoría para justificarlo siempre con sentido del humor realizada por una matrona y práctica realizada por un cómico y clown profesional. **RESULTADOS:** Las ventajas de la risoterapia están demostradas científicamente por miles de trabajos pero en el campo de la obstetricia apenas están estudiadas. Tras la realización de los talleres se realiza un cuestionario en el que los participantes hablan en la gran mayoría de los casos de estados de bienestar. **DISCUSION** El trabajo gira talleres de risoterapia que venimos realizando en mujeres embarazadas y las parejas que las puedan acompañar, este campo tan poco explorado en el embarazo, nos hace investigar cada vez mas para demostrar los beneficios de ésta en la gestacion, tanto para el feto, la gestante y su pareja.



P-116.- BENEFICIOS DEL MASAJE INFANTIL.

FERNÁNDEZ-ORDÓÑEZ E, PALOMO-GÓMEZ R *, TORRES-RUZ R.

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO CARLOS HAYA.

RESUMEN.

1.OBJETIVOS: Identificar los beneficios del Masaje Infantil para la díada madre-bebé 2.

METODO: Revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: PubMed, CINHALL 3.

RESULTADOS: El contacto piel con piel es una necesidad básica, especialmente para un bebé que no tiene otra posibilidad de sentirse amado, aceptado, calmado, o contenido. Con una secuencia de movimientos, el masaje propone un encuentro, en un espacio y un tiempo, de una gran calidad entre los padres y los hijos desde que son bebés. Facilita, entre otras muchas cosas, la comunicación, la conciencia corporal y las relaciones de confianza y seguridad. El Masaje Infantil tiene en cuenta el respeto, para saber si el bebé nos da permiso para empezar; y la escucha, para interpretar su respuesta y aceptarla, sea o no la que esperábamos. Estos son los mensajes que el bebé recibe y que pasarán a formar parte de su actitud en la vida. En nuestro ritmo de vida, muchas veces no tenemos tiempo para comunicarnos y los bebés se ven arrastrados a un ritmo demasiado rápido para que puedan procesar adecuadamente, todos los estímulos e información que reciben. El Masaje infantil pone en contacto a padres /madres y bebés facilitando la interacción; estimula los sistemas neurológico, respiratorio, inmunológico, circulatorio, gastrointestinal y endocrino; ayuda a la relajación y liberación de tensiones; intensifica la comunicación entre los niño/as y las personas de su entorno y permite escuchar, adaptarse y estar más en contacto con sus necesidades. El Masaje infantil facilita los vínculos afectivos porque incluye los elementos principales para establecerlos: mirada, contacto piel con piel, sonrisas, sonidos, abrazos, olor, emisiones de voz y respuestas. Los beneficios del masaje son múltiples, tanto para los bebés como para los padres. La piel es el órgano más grande del cuerpo y el que nos separa y nos conecta con el mundo exterior. Por eso el tacto es un poderoso medio para la estimulación del desarrollo fisiológico, psicológico y emocional del bebé. 4. DISCUSION: Dados los múltiples efectos que tiene el Masaje Infantil para el bebé y el niño, no sólo a nivel fisiológico, sino también a nivel psicoafectivo, creemos que es **fundamental que la matrona adopte una serie de implicaciones en la práctica:** • Instruir en la realización del Masaje Infantil • Motivar la realización del mismo dentro de la rutina de cuidados del bebé • Promover la creación de grupos de Masaje Infantil.



P-117.- INFECCION CONGENITA POR CITOMEGALOVIRUS. EL PAPEL DE LA MATRONA EN SU PREVENCIÓN.

PALACIOS-ANDRÉS L, CASTRO-PRADO C.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCIO.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Conocer la prevalencia de la infección por citomegalovirus (CMV), los mecanismos de transmisión del CMV y enseñar las medidas de prevención del CMV durante la gestación, en nuestro trabajo como matronas. MATERIAL Y METODO: Búsqueda bibliográfica en bases de datos Cochrane, pubmed, cuiden. Utilizando las palabras claves embarazo, citomegalovirus, prevención. RESULTADOS: El CMV es un virus de baja contagiosidad perteneciente a la familia Herpesviridae. Es el principal responsable de la morbimortalidad infantil de origen congénito. La infección por CMV es la infección congénita más frecuente en los países desarrollados, con una prevalencia que oscila entre el 0,3 y el 2,4% de los recién nacidos. Las tasas son más altas en Estados Unidos y menores en Europa, donde se sitúan entre el 0,3 y el 0,6% de los recién nacidos. Debido a su alta prevalencia, el CMV congénito es una de las causas más frecuentes de retraso psicomotor y sordera neurosensorial de origen infeccioso. La gran mayoría de las infecciones congénitas por CMV se produce tras una primoinfección materna durante el embarazo, lo que ocurre entre el 1 y el 4% de las gestantes seronegativas. Se transmite por distintas vías: a través de saliva, orina, lágrimas, sangre y leche materna. Necesita contacto directo para su transmisión y se destruye fácilmente con el calor, jabón, detergentes y desinfectantes. La transmisión vertical de la madre al feto se produce por vía transplacentaria, parto y lactancia. Los CDC (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades) recomiendan la educación sobre prácticas de higiene para prevenir la transmisión viral ya que la saliva y la orina de los niños infectados son fuentes importantes de infección por CMV entre las embarazadas. Las estrategias preventivas incluyen el lavado de manos cada vez que se entra en contacto con la saliva o la orina de un niño, no compartir alimentos, utensilios o vasos, y no besar a un niño en la boca o la mejilla. DISCUSION: Debido a que la infección por CMV es la infección congénita más prevalente, y con alta tasa de secuelas, y que en el seguimiento del embarazo no se realiza el cribado del CMV ya que no se dispone de vacuna para embarazadas seronegativas ni tratamiento que se demuestre eficaz, la matrona juega un papel muy importante para hacer una educación sanitaria sobre todo a gestantes con hijos en edad escolar o trabajadoras de riesgo respecto a las medidas higiénicas para prevenir la infección por CMV.



P-118.- EL MASAJE PERINEAL CON ACEITE, A PARTIR DE LAS SEMANAS 34-35 DE GESTACIÓN PARA PREVENIR LOS DESGARROS EN EL EXPULSIVO.

ORTIZ-MÁRQUEZ M, ROLDÁN-VERGARA T*.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO.

RESUMEN.

En el momento del parto es frecuente que la zona perineal sufra daños que pueden ser más o menos importantes. El traumatismo perineal se asocia con una morbilidad significativa a corto y a largo plazo, de ahí la importancia de su prevención. Son numerosos los factores que influyen en la aparición del trauma perineal, algunos no modificables, intrínsecos a la mujer, y otros modificables, extrínsecos, donde la actuación de la matrona es susceptible. De ahí, que nuestra actuación se centre en los factores modificables, más concretamente, en la aplicación del Masaje Perineal a partir de la 34-35 semanas de gestación para estirar y ablandar los tejidos, incrementar la elasticidad del periné y familiarizar a la mujer con la sensación de estiramiento, permitiendo relajar más esta zona durante el parto. El OBJETIVO principal de este estudio es determinar si la aplicación de los masajes perineales con aceites en nulíparas a partir de la 34-35 semana de gestación disminuye la incidencia de desgarros perineales durante la fase de expulsivo del parto eutócico. Se realizará un estudio experimental post-test con grupo control, aleatorizado, abierto, controlado, paralelo y multicéntrico. Para evitar la posible contaminación de la intervención la decisión final fue aleatorizar los centros. Para evitar afectar a la validez externa del estudio, las matronas incluirán a todas las mujeres que acudan a las clases de preparación al parto y cumplan los criterios de inclusión del estudio. RESULTADOS: pendientes de finalización del estudio.



P-119.- MASAJE INFANTIL: GRANDES BENEFICIOS, Poca NECESIDAD DE INTERVENCIÓN.

POSTIGO -LÓPEZ P*, LÓPEZ-GONZÁLEZ I, PERNAS-BARAHONA A, SOTO-HERRERO V, DE MULDER-MUYLAERT C, NUÑEZ-GARCÍA O.

H.U.V. ARRIXACA.

RESUMEN.

Una importante y creciente recopilación de datos científicos apuntan a que determinados tipos de estimulación táctil pueden ayudar a mejorar e incluso prevenir algunos problemas de salud que se presentan en el nacimiento y en la infancia. Las principales áreas de mejora derivadas del masaje se dan en el ámbito fisiológico y psíquico-emocional. En situaciones especiales, como niños discapacitados, hipersensibles, prematuros, adoptados o en acogida, también se han demostrado grandes ventajas derivadas de la realización de un masaje diario. En la época actual de crisis en la que los costes sanitarios son cuidadosamente examinados, no deberían ignorarse los grandes efectos beneficiosos que se derivan de las terapias de contacto, ni el bajo costo económico y humano que estas suponen. OBJETIVOS: Demostrar los efectos beneficiosos de la estimulación táctil en los niños con necesidades especiales. METODO: Revisión bibliográfica de las principales bases de datos de ciencias de la salud como MEDLINE, Cuiden, Lilacs, Cochrane, Pubmed, Scielo y Teseo así como otras tesis doctorales digitalizadas a través de TDR. Así como revisión y lectura de libros impresos y documentación de cursos acreditados. RESULTADOS Y CONCLUSIONES: La revisión bibliográfica realizada demuestra que el masaje infantil es muy efectivo: favorece la relación padres- hijos; ayuda al desarrollo psicomotor; ayuda a establecer y conocer el esquema corporal; estimula y mejora el funcionamiento del aparato **digestivo, circulatorio, respiratorio, sistema nervioso, sistema inmunológico...; favorece el equilibrio hormonal; mejora la ganancia de peso; desarrollan mejores hábitos de sueño; disminuye la estancia hospitalaria.... El masaje infantil** es una oportunidad que tenemos las matronas para realizar su práctica clínica, gestionar el cuidado de una forma innovadora y con resultados de gran impacto para los niños y sus familias y por último es un campo muy rico y poco explorado, para la investigación.



P-120.- ENFERMEDAD DE CHAGAS Y EMBARAZO: CONSIDERACIONES PARA LA MATRONA.

GALLARDO-TRUJILLO C*, GÁLVEZ-ESCALERA C, SALGUERO-CABALGANTE R, OLMO-SÁNCHEZ JJ.

HOSPITAL DE LA MUJER(H. VIRGEN DEL ROCÍO).

RESUMEN.

OBJETIVOS: Describir las características de la transmisión materno-fetal y la actuación de la matrona para el seguimiento del embarazo en gestantes con enfermedad de Chagas. **MÉTODOS:** Búsqueda bibliográfica en bases de datos Cochrane, Medline, Cuiden con **términos de búsqueda "Chagas disease", "pregnancy". Análisis documental de informes del Ministerio de Sanidad y Comunidades Autónomas.** **RESULTADOS:** La Enfermedad de Chagas es una infección provocada por el parásito *Trypanosoma cruzi*, cuya vía de transmisión puede ser vectorial, sanguínea y vertical. Es endémica en algunos países latinoamericanos. En nuestro país, al no existir el vector, y al estar controlada la transmisión por transfusiones y trasplantes, la vía de transmisión más importante es la materno-fetal. Tras la llegada de inmigrantes latinoamericanos la prevalencia en España se ha visto aumentada. Una mujer embarazada puede transmitir el parásito en cualquier estadio de la infección y en cualquier momento del embarazo, incluso durante el parto. No existe prevención primaria para la enfermedad de Chagas congénita, ya que el tratamiento antiparasitario con los fármacos disponibles actualmente (benznidazol y nifurtimox) debe evitarse durante el embarazo. Por tanto, la actuación más recomendada son métodos de prevención secundaria: análisis serológico a toda embarazada latinoamericana o hija de latinoamericana, en cualquier momento de la gestación o incluso en el momento del parto y realizar diagnóstico precoz de la infección en el recién nacido. La actuación de la matrona, como profesional referente en el seguimiento del embarazo es esencial para la captación de gestantes de riesgo. La enfermedad de Chagas no requiere de modificaciones en la conducta obstétrica habitual. La clínica asociada en el recién nacido es prematuridad, bajo peso, esplenomegalia, fiebre y cuadros pulmonares. No hay presencia del parásito en la leche materna, por lo que está recomendada la lactancia, salvo que existan heridas en el pezón. **DISCUSION:** Determinadas Comunidades Autónomas realizan ya el cribado de enfermedad de Chagas en las gestantes que provienen de área endémica. En Andalucía, no hemos encontrado referencias a programas específicos de educación, prevención y diagnóstico de infección dirigido a personas procedentes de Latinoamérica. Por lo que entendemos que la matrona debe conocer las características, las vías de transmisión, cómo se trata y dónde acudir para el diagnóstico, seguimiento y control.



P-121.- A PROPÓSITO DE UN CASO: VPH Y EMBARAZO.

SALGUERO-CABALGANTE R, GÁLVEZ-ESCALERA C, GALLARDO-TRUJILLO C, SEVILLA-PALOMA JM.

HOSPITAL DE LA MUJER(HOSPITAL VIRGEN DEL ROCIO).

RESUMEN.

OBJETIVOS: Describir un caso clínico de una embarazada con verrugas genitales que ingresa en nuestra Unidad. Establecer pautas de actuación de la matrona ante gestantes con esta patología. METODO: Revisión de historia clínica. Revisión de bases de datos bibliográficas Cochrane, Medline, Cuiden con términos de búsqueda "Condylomata Acuminata", "pregnancy" y "genital warts". RESULTADOS: Los condilomas acuminados, también llamados verrugas genitales están causados por el virus del papiloma humano (VPH), principalmente por los tipos 6 y 11. En los últimos años se ha producido un aumento de la prevalencia de la infección por VPH. La transmisión por contacto sexual es la más común, aunque se puede transmitir por vía materno-infantil. A propósito de una gestante con verrugas genitales que ingresa en nuestra Unidad, se realiza revisión bibliográfica para identificar las pautas de actuación por parte de la matrona. La aparición de las verrugas está favorecida en el embarazo por el aumento de la vascularización, las condiciones de humedad y la concentración de estrógenos. El diagnóstico de la infección por VPH puede establecerse por mera inspección mediante exploración genital. El tratamiento durante el embarazo es necesario por la sintomatología que produce. Generalmente, pueden tratarse los condilomas de localización vulvar y, ocasionalmente, algunos vaginales. En el caso presentado, el diagnóstico se produjo durante el primer trimestre de la gestación, por lo que se trataron las verrugas de la zona genital mediante crioterapia. Los fetos de madres con verrugas genitales como en el caso presentado tienen mayor riesgo de infección anteparto por transmisión intrauterino y de papiloma laríngeos por transmisión en el canal del parto. Existe controversia sobre la vía de finalización del parto. Algunos autores preconizan la terminación mediante cesárea para evitar el contagio del recién nacido frente a otros autores que optan por la vía vaginal ya que el mayor riesgo de para el recién nacido es el antecedente materno de condilomas durante el embarazo y no el paso por el canal del parto. En el caso descrito se opta la finalización de la gestación vía vaginal con nacimiento de recién nacido vivo. DISCUSION: Dado que la matrona es la encargada del seguimiento del embarazo, sería el profesional idóneo para el diagnóstico precoz y la derivación para tratamiento, lo cual evitaría complicaciones durante el trabajo de parto, expulsivo y en el recién nacido.



P-122.- EDUCACIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES: ABORDAJE DE UNA ETAPA CLAVE.

FERNÁNDEZ-REGUERO B, GARCÍA-DE LA ROSA A, SEVILLANO-LÓPEZ N, SÁNCHEZ-CALAMA A, GONZÁLEZ-DOMÍNGUEZ MJ.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.

RESUMEN.

OBJETIVO: Principalmente queremos abordar los aspectos fundamentales que conforman la sexualidad en la etapa de la adolescencia y con ello modificar las conductas de riesgo en cuanto a Enfermedades de Transmisión Sexual, Anticoncepción y Embarazos no planificados se refiere. Esperamos conocer qué información tienen los adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva, y con ello aclarar y afianzar conceptos básicos, ya que en muchas ocasiones no ha recibido información suficiente o ésta ha sido recibida de manera incorrecta, basada en falsos mitos y creencias. Y finalmente generar actitudes para implementar la utilización de prácticas sexuales seguras. **METODO:** A través de la participación de las matronas de Atención Primaria y de los Institutos de Educación Secundaria de nuestra provincia se intenta brindar la oportunidad a los adolescentes entre 15 y 19 años a recibir charlas informativas y talleres sobre salud sexual y reproductiva. La distribución de las charlas se realizará de manera mensual, con un número no superior a 25 adolescentes por charla, y con una duración aproximada de 2 horas. En dichas charlas se abarcarán los siguientes aspectos: conocimiento y prevención de ETS, repercusiones del embarazo en la adolescencia, consejo anticonceptivo y asociación de alcohol y drogas a la sexualidad. **RESULTADO:** Los adolescentes tienen derecho a disfrutar libremente de su sexualidad. Deben estar informados sobre sexualidad y anticoncepción. Nosotras, las matronas, como profesionales de la salud debemos colaborar tanto en la educación como en la modificación de conductas no saludables en esta población diana, los adolescentes. Debemos brindar una información objetiva y plural, basada en la libre elección y el respeto, y con ello conseguir una cobertura a las necesidades que los adolescentes demandan. **DISCUSION:** En 2005 según la Sociedad Española de Contracepción se determinó que entre un 16.3% de los varones y un 11.9% de las mujeres admitían no haber recibido información sobre sexualidad y anticoncepción durante su educación o estudios académicos, es por ello que creemos que es fundamental desde nuestra profesión incidir en la educación sexual de los adolescentes.



P-123.- PERFIL DE LA USUARIA DEL I.V.E. FARMACOLÓGICO.

PELLICER C, CARDONA C, MOMBIELA A, ARASA M, RODRÍGUEZ S, MORENO A.

UNIDAD DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LES TERRES DEL EBRE.

RESUMEN.

OBJETIVO: Identificar el perfil de usuaria de les Terres del Ebre que accede al I.V.E. farmacológico en relación a la nacionalidad y el nivel de estudios respecto a la población general. METODOLOGÍA: Revisión y extracción de datos de 53 registros sobre I.V.Es farmacológicos realizados entre Noviembre del 2011 y Mayo del 2012 en la Unidad de Atención Sexual y Reproductiva de les Terres del Ebre. Extracción de los datos demográficos más recientes disponibles en cuanto a nacionalidad (año 2011) N= 40.492 y nivel de estudios (año 2001) N= 30.357 provenientes de la generalitat de catalunya (idescat) Comparación y tratamiento estadístico de los datos para determinar si las diferencias encontradas son estadísticamente significativas. RESULTADOS: Comparativamente encontramos diferencias en la distribución de la nacionalidad de la muestra poblacional que accede al ive farmacológico respecto a los datos demográficos del área del Baix Ebre. Hay un detrimento del porcentaje de españolas que acceden al ive (58%) respecto a los datos demográficos (82%), por el contrario hay un incremento de dichos porcentajes respecto a otras nacionalidades. Así pues los datos respecto al nivel de estudios de la muestra poblacional que accede al i.v.e. Farmacológico apuntan, a falta del tratamiento estadístico, escasas diferencias en la distribución por porcentajes. DISCUSION: Pendiente de tratamiento estadístico de los datos para proponer las conclusiones.



P-124.- MUJERES INMIGRANTES Y ANTICONCEPCIÓN.

ROMANO-SANTOS E, PATRICIO-PEÑA D*, MARCH-JARDI G, AGUILAR-BARTOLOMÉ I, BERNAL-VALVERDE B, FERNÁNDEZ-GONZÁLEZ B.

ASSIR TARRAGONA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Identificar las características socio demográficas de las mujeres inmigrantes usuarias de la consulta de medicina preventiva. Conocer los métodos anticonceptivos utilizados por estas mujeres. METODO: Se trata de un estudio descriptivo transversal. El instrumento de recogida de datos es un cuestionario realizado por las matronas, las preguntas son cerradas. Se ha realizado un muestreo intencionado. Para la explotación de los datos utilizamos el programa Excel. RESULTADOS: La muestra estudiada es de 192 mujeres en edad reproductiva. La comunidad más representada es la latinoamericana: 53%, la edad más prevalente: 31- 40 años con un tiempo de residencia en España de 4-6 años, el 55,7 % trabajan, la mayoría, el 77%, tiene hijos y el nivel de estudios más frecuente: primarios, 42%. El método anticonceptivo más utilizado es la Anticoncepción hormonal: 24,4%. El 28,6% no utiliza ningún método anticonceptivo. Entre las mujeres procedentes de Asia o África (mujeres con más dificultad idiomática), no encontramos portadoras de DIU. DISCUSION: La definición de salud sexual y reproductiva presupone la posibilidad/necesidad de que las personas tengan una vida sexual segura y placentera, con capacidad de reproducción y libertad de decisión (número de hijos, lugar y momento) así como el derecho a la información y medios para conseguir este propósito. Esto implica el derecho de las mujeres a la información y al acceso a métodos de planificación familiar seguros, efectivos y aceptables, que les permitan tener embarazos y partos sin riesgo. Datos de organizaciones internacionales y estudios epidemiológicos han demostrado mayor vulnerabilidad en salud sexual y reproductiva en las mujeres inmigrantes, así como que el limitado e inadecuado uso de tales métodos, es a menudo asociado con embarazos no deseados e interrupción voluntaria del embarazo.



P-125.- EXISTE ALGUNA REALCIÓN ENTRE EL MASAJE PERINEAL Y LA INCIDENCIA DE EPISIOTOMIAS Y LACERACIONES?.

PÉREZ-SALA O*, CARDONA-ESPUNY MC, HERNÁNDEZ-GÓMEZ A, FERRER-BALLESTE M, GASPARIN-PEDRAZA M, NAVASQUILLO-CALDERON A.

ABS DELTEBRE.

RESUMEN.

INTRODUCCIÓN: Según avalan algunos estudios se recomienda realizar masaje perineal a partir de la semana 35 de la gestación para preservar la integridad del perineo. El masaje debe realizarse al menos 4 veces por semana durante unos 10m., con aceite de rosa mosqueta **MATERIAL I.** **METODO:** Estudio de casos y control, realizado entre octubre 2011 y octubre 2012. **La muestra de casos se recoge en diferentes Áreas Básicas de Salud " Les Terres de l'Ebre" y la muestra control en el Hospital de Vinaroz. En el grupo de intervención la matrona explica la técnica del masaje perineal en el transcurso de la preparación al parto. A nivel del posparto, se recogen mediante cuestionario, las variables de estudio: tipo de parto, parto anterior, lesiones del suelo pélvico previas y la realización o no de masaje perineal Se excluyen de la muestra partos pre-término y cesáreas. RESULTADOS:** Analizaremos las variables: tipo de parto, parto anterior, lesiones del suelo pélvico previas y la realización o no de masaje perineal **CONCLUSIONES:** Las conclusiones están aún por definir, pero según los datos recogidos los primeros 6 meses del estudio parecen confirmarse los resultados observados en los estudios anteriores.



P-126.- VIAJES A ZONAS DE RIESGO EN LA EMBARAZADA: RECOMENDACIONES Y VACUNAS.

COTE-GIL L, JIMÉNEZ-GALIANO AB, SEVILLANO-MANTAS M, GALINDO-MORENO I, DOMÍNGEZ-SIMÓN MJ*, CERVILLA-FERREIRO E.

HOSPITAL INFANTA CRISTINA, PARLA.

RESUMEN.

Cada vez es más frecuente la realización de viajes internacionales, a lugares más lejanos y a destinos potencialmente peligrosos para la salud (a zonas con enfermedades infectocontagiosas endémicas, en contacto con animales salvajes o a zonas rurales con escaso control sanitario). Estos viajes además se organizan en ocasiones con escasa planificación (viajes "last-minute"), hecho que unido al desconocimiento sobre los riesgos en destino, puede favorecer que no se tomen las medidas preventivas oportunas. Una mujer embarazada que decida planificar un viaje al extranjero debería informarse sobre los problemas de salud potenciales que podrían surgir durante el mismo, tanto los inherentes al propio embarazo, como los derivados de las características del viaje. OBJETIVOS: - Reconocer el potencial peligro que puede suponer para la gestante la realización de ciertos viajes a zonas de riesgo, para así poder derivarlas a los servicios específicos. -Detallar las medidas básicas de prevención de enfermedades propias de viajero para aplicarlas en la embarazada. -Describir la pauta de administración de ciertas vacunas en la gestante. - Reunir la información de la que se dispone referente a centros de información y prevención. METODO: Se ha realizado una revisión bibliográfica, en fuentes escritas y en bases de datos on line. RESULTADO: •Existen medidas generales de prevención de enfermedades infectocontagiosas que las gestantes que viajen deben conocer. •Muchos destinos requieren vacunación previa al viaje, estando algunas de dichas vacunas recomendadas y otras contraindicadas en la embarazada. •El destino elegido, la edad gestacional, el tipo de viaje, la necesidad de vacunación y la anticipación son factores fundamentales que determinarán la conveniencia o no de realizar el viaje a una zona de riesgo. DISCUSION: La matrona, como profesional de referencia en los cuidados de la mujer gestante y en su posición privilegiada en contacto con ella a lo largo del embarazo debe conocer el peligro para la salud maternofetal que puede supone un viaje a zona de riesgo. El consejo debe estar siempre dirigido a que la mujer antes de emprender el viaje se informe en un centro médico especializado en vacunación internacional sobre la situación actual en el lugar de destino y la necesidad de recibir vacunación previa al viaje o alguna otra medida preventiva.



P-127.- REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN GESTANTE Y CESÁREA PERIMORTEM. REVISIÓN SISTEMÁTICA.

MARTÍN-MARTÍN R, GENTIL P, CARTES A, CRUZ S.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA.

RESUMEN.

OBJETIVO: Describir los aspectos específicos de la reanimación cardiopulmonar avanzada en una paciente gestante en parada cardiorrespiratoria. METODO: Revisión sistemática realizada en las bases de datos Cochrane, Pubmed, Medline, SCIELO y CINAHL, usando los siguientes criterios de búsqueda: cesárea perimortem intra y extrahospitalaria, reanimación cardiopulmonar en embarazada. Se seleccionaron artículos en inglés, incluyendo resúmenes de artículos así como textos completos. Resultado Se encontraron 1089 artículos, de los cuales se seleccionaron 6 para la revisión. Uno de los estudios era una revisión bibliográfica, los siguientes cinco eran casos en los que en uno se exponían dos casos de cesárea perimortem en la primera la causa era iatrogénica, por la administración de sulfato de magnesio y la otra por parada cardíaca a consecuencia de la hipovolemia causa por una rotura uterina, en ambos casos los fetos sobreviven sin daño neurológico al igual que las mujeres. Otro exponía un caso de una cesárea perimortem en una mujer con heridas penetrantes por arma blanca, en donde tras la cesárea perimortem la madre fallece sobreviviendo el feto sin secuelas. Otro estudio exponía un caso de una mujer que sufre una eclampsia donde tras la cesárea perimortem sobreviven ambos. En otro artículo se exponía un caso de una fibrilación ventricular extrahospitalaria en la que ambos sobreviven tras la cesárea y finalmente un caso de parada cardíaca también extrahospitalaria en una gestación gemelar en donde fallece tanto la gestante como los fetos. Conclusión La cesárea perimortem debe realizarse en los primeros cinco minutos tras la parada, continuando con las maniobras de reanimación cardiopulmonar durante la realización de la misma con el útero de la mujer deslizado hacia el lado izquierdo para evitar la compresión de la vena cava. Se debe aislar la vía aérea tan pronto como sea posible por el mayor riesgo de broncoaspiración en la gestante y administrar oxígeno. El desfibrilador debe usarse de igual forma que ante una parada de una mujer no gestante. La incisión de la cesárea será en sentido vertical. Es conveniente que el equipo esté formado en esta práctica para garantizar la supervivencia tanto de la madre como del feto, por ello sería conveniente que el personal tanto de servicios de urgencia como del área de obstetricia tengan formación a cerca de la reanimación cardiopulmonar en la embarazada.



P-128.- ¿SON COMPATIBLES LOS ANTIDEPRESIVOS CON EL EMBARAZO?.

LOZANO-BUENO S, CARRERA-ROS C, CARMONA-ROMERA A.

HOSPITAL COMARCAL DE LA AXARQUÍA.

RESUMEN.

El manejo de la patología psiquiátrica durante el embarazo y el puerperio representa una situación compleja en la que hay que valorar el balance riesgo-beneficio del tratamiento. El OBJETIVO principal de esta comunicación es conocer el abordaje psicofarmacológico en pacientes embarazadas en tratamiento con antidepresivos. Para ello se ha realizado una revisión bibliográfica sobre los efectos de los antidepresivos en el desarrollo fetal, su paso a la leche materna y el impacto en el recién nacido; utilizando las bases de datos: Medline, Cuiden y Google Scholar. La mayoría de los estudios revisados indican que suspender abruptamente la medicación en el caso de conocer la noticia del embarazo no elimina el riesgo de exposición, sino que simplemente permuta el riesgo asociado al uso de psicofármacos por el de la patología psiquiátrica no tratada. Los antidepresivos tricíclicos no se relaciona con una mayor incidencia de malformaciones teratogénicas, se prefiere el uso de desipramina y la nortriptilina. En cuanto a los ISRS la más usada es la fluoxetina y tampoco se asocia a efectos teratogénicos ni a alteraciones en el neurodesarrollo; aunque estos dos grupos de fármacos pueden producir alteraciones perinatales, tales como irritabilidad, convulsiones, distress, etc. Sin embargo el uso de IMAO no se aconseja durante el embarazo por sus efectos teratogénicos. En la lactancia se debe tener en cuenta que todos los antidepresivos se excretan en leche materna, en bajas concentraciones. Generalmente son bien tolerados por los niños, siendo baja la incidencia de reacciones adversas. Estos fármacos son compatibles con la lactancia materna pero la decisión de suspender o mantener la lactancia deberá realizarse en cada caso, teniendo en cuenta la gravedad de la depresión y el deseo de amamantar de la madre. Para la lactancia los antidepresivos aconsejados son los ISRS. La fluoxetina, al tener la vida media más larga, tiene potencial de generar más acumulación en la madre y el lactante. En conclusión, generalmente se optan por los antidepresivos más usados y más antiguos frente a los antidepresivos novedosos. Es de gran interés conocer los posibles efectos teratogénicos de este tipo de fármacos para poder informar a las pacientes de todos los riesgos y beneficios que conlleva el abandono del tratamiento o su continuidad, ya que juega un papel central en su proceso de salud.



P-129.- ENFERMEDAD CELÍACA E INFERTILIDAD.

CASTILLO-CASTRO E*, CROS-OTERO SJ, ZAPATA-VALERA M, VAELO-ROBLEDO A, BARBOSA-CHAVES MJ, GARCIA-GALÁN RE.

PAMPLONA.

RESUMEN.

INTRODUCCIÓN: La Infertilidad puede ser una forma de manifestación extradigestiva de la Enfermedad Celíaca tanto en hombres como en mujeres. Muchos estudios ponen de manifiesto un mayor número de abortos y casos de infertilidad en parejas en las que uno o ambos miembros son enfermos celíacos. Las mujeres con Enfermedad Celíaca no diagnosticada y/o tratada durante el embarazo tienen mayor probabilidad de desarrollar **complicaciones durante el mismo (abortos, bajo peso al nacer...)**. **OBJETIVOS: Ampliar** conocimientos sobre los problemas obstétricos que puede causar la Enfermedad Celíaca no diagnosticada y/o tratada, ya que es una enfermedad con una prevalencia importante (entorno al 3%) y que va en aumento gracias a los avances en las técnicas diagnósticas. Concienciarnos de la importancia de realizar el despistaje para Enfermedad Celíaca en las Unidades de Reproducción en parejas con Esterilidad / Infertilidad de origen desconocido. **METODOS:** Revisión bibliografía en las bases de datos PubMed y Cochrane Library, a través de los términos MESH: celiac disease and reproductive disorders, anti transglutaminase antibodies, gluten-free diet, autoimmune disorders, unexplained infertility. Así como en guías de práctica clínica en ginecología y enfermedades digestivas. Consideramos la versión en formato póster la mejor opción para que de forma simple y estructurada podamos dar a conocer el contenido y resultado de nuestro trabajo. **RESULTADOS:** La Enfermedad Celíaca presenta un amplio espectro de manifestaciones clínicas, tanto digestivas, como extraintestinales, dada su naturaleza autoinmune y sistémica. La Enfermedad Celíaca puede asociarse a síndrome antifosfolípido, riesgo de trombosis, infartos orgánicos y muerte fetal. Los anticuerpos presentes en la sangre de mujeres celíacas pueden interferir con las funciones que cumple la transglutaminasa tisular en distintos tejidos, incluyendo la interfase materno fetal. Las mujeres celíacas tienen mayor dificultad para lograr un embarazo y mayor frecuencia de abortos y niños con bajo peso al nacer. Se relaciona con el déficit de vitaminas y nutrientes (calcio, magnesio, ácido fólico, hierro, vitamina D, entre otros) o por asociación con otras patologías autoinmunes como el hipotiroidismo. Las alteraciones ginecológicas y de fertilidad en las mujeres son frecuentes e importantes en las pacientes con Enfermedad Celíaca y deberían ser investigadas sistemáticamente en mujeres con clínica digestiva recurrente asociada, ya que su corrección es eficaz y mantenida, tras su diagnóstico y seguimiento con una dieta sin gluten. **DISCUSION:** Con la



revisión bibliográfica hemos actualizado los conocimientos sobre la etiología, clasificación y tratamiento de la Enfermedad Celíaca y de la Esterilidad /Infertilidad. Además de corroborar que hay muchos estudios que demuestran la relación entre ambas entidades. Habitualmente, los programas de diagnóstico de los centros de fertilidad no incluyen la detección de la enfermedad celíaca, por ello es de suma importancia conocerla y saber que debe ser buscada en las pacientes con Esterilidad / Infertilidad de origen desconocido y con abortos de repetición. Todas estas conclusiones serán expuestas en el póster para poder compartir y aumentar los conocimientos sobre dichos temas.



P-130.- HIPOTIROIDISMO Y GESTACIÓN. RIESGOS EN EL NEURODESARROLLO FETAL, CONSECUENCIAS FUTURAS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

CARTES A, CRUZ S, MARTÍN R, GENTIL P, MORICHE M, NUÑEZ JL.

HOSPITAL VIRGEN MACARENA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Conocer los riesgos que tiene para el feto el hipotiroidismo materno, centrándonos en el neurodesarrollo fetal y sus consecuencias futuras. **MÉTODOS:** Realización de un metaanálisis de los artículos referente al tema estudiado. Búsqueda de artículos en la Biblioteca Cochrane Plus, en Pubmed y en revistas electrónica en internet. **RESULTADOS:** He encontrado diversos estudios y revisiones sistemáticas sobre la afectación a nivel intelectual y psicomotor de los niños que sus madres en el embarazo padecían hipotiroidismo, de los cuales he seleccionado los siguientes: En un estudio realizado en el año 2008 por Suarez et al se demostró que los hijos de madres con concentraciones de T4 por debajo del percentil 10 presentaban una puntuación en el índice general cognitivo significativamente más baja que la de los hijos cuyas madres tenían concentraciones séricas de T4 libre normales. En el año 2004, en un estudio realizado en el norte de Sicilia se describió que el 68,8 % de la descendencia de las madres que habían presentado hipotiroxinemia en los primeros meses de embarazo presentaban un trastorno por déficit de atención e hiperactividad, además de obtener coeficientes intelectuales bajos. En un estudio realizado por Pop et al en 1999 se llegó a la conclusión de que las concentraciones de T4 libre materna por debajo del percentil 10 en la semana 12 de gestación se asocian con un descenso en las puntuaciones de los test de desarrollo psicomotor. Otro estudio llevado a cabo entre enero de 1997 y abril de 1998 por Kooistra et al, evaluaban el desarrollo de los niños a las 3 semanas de vida mediante el Neonatal Behavioral Assessment Scale (NBAS). Encontraron que hijos de madres con hipotiroxinemia en la semana 12 de gestación obtenían puntuaciones menores en NBAS. **DISCUSION:** Se concluye que existen numerosos estudios que demuestran los efectos que tiene el hipotiroidismo materno en el neurodesarrollo fetal y las consecuencias que tienen en un futuro a nivel psicomotor y a nivel cognitivo. La matrona como profesional referencia para las mujeres en el proceso de embarazo, parto y puerperio, deben saber detectar signos de alarma que nos indique que la mujer tiene un proceso de hipotiroidismo, saber detectar en los análisis clínicos que existe una anomalía en las hormonas tiroideas, hacer las derivaciones oportunas, saber dar respuesta a las dudas y preocupaciones de las mujeres con respecto a este tema y promocionar la ingesta de sal yodada y de sup.



P-131.- TRATAMIENTO PARA LOS SOFOCOS EN EL CLIMATERIO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

CARTES A, CRUZ S, MARTÍN R, GENTIL P, MORICHE M, MASERA MI.

HOSPITAL VIRGEN MACARENA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Conocer los tratamientos más adecuados para las mujeres que padecen sofocos durante su periodo climatérico. **METODOLOGÍA:** Realización de un metaanálisis de los artículos referentes al tratamiento de los sofocos en el periodo del climaterio. **RESULTADOS:** Los sofocos es la clínica más característica del climaterio. Están directamente relacionados con la disminución de estrógenos. El tratamiento farmacológico más efectivo para los síntomas vasomotores son los estrógenos, solos o asociados a progestágenos. Las mujeres que consultan por síntomas vasomotores y presentan algún tipo de factor de riesgo de cáncer de mama, enfermedad cardiovascular o enfermedad tromboembólica deberán ser atendidas de forma individualizada en su tratamiento, debiendo ser adecuadamente informadas del perfil riesgo/beneficio al que se someten. La tibolona se muestra eficaz para el tratamiento de los síntomas vasomotores, pero la evidencia es menos robusta que para los estrógenos. **Intervenciones no farmacológicas:** No existen suficientes evidencias que sustenten que el abandono del consumo de tabaco o la realización de ejercicio físico puedan mejorar los síntomas vasomotores. **Intervenciones farmacológicas no hormonales:** los tratamientos no hormonales, incluidos los antihipertensivos y los antidepresivos muestran resultados inconsistentes o contradictorios en el tratamiento de los síntomas vasomotores. **Tratamientos alternativos:** Los ensayos disponibles sobre los tratamientos alternativos, especialmente con fitoestrógenos o cimífuga racemosa, muestran resultados inconsistentes y poco generalizables, su calidad es baja y su tamaño muestral bajo, por lo que se necesitan estudios futuros de calidad. La evidencia sobre técnicas de acupuntura y ejercicios de relajación es muy limitada y de resultados inconsistentes. **CONCLUSIONES** Tras la búsqueda sistemática queda claro que el tratamiento farmacológico más efectivo para los sofocos es el uso de estrógenos. Es adecuado proponer un tratamiento con estrógenos a mujeres sanas, sin factores de riesgo, que consultan por presentar síntomas vasomotores. La propuesta deberá ser con la mínima dosis efectiva y el menor tiempo posible. La tibolona también sería efectiva. Los estudios disponibles sobre los tratamientos alternativos, los tratamientos farmacológicos no hormonales y sobre los tratamientos no farmacológicos muestran resultados inconsistentes por lo que se necesitan estudios futuros de calidad.



P-132.- HIDRATACIÓN Y ALIMENTACIÓN EN EL TRABAJO DE PARTO.

MURILLO M*, MARÍN A, ALCARAZ A, MARÍN I.

HOSPITAL DE PONIENTE.

RESUMEN.

OBJETIVO: Conocer si la prohibición de ingerir líquidos o alimentos durante el trabajo de parto tiene fundamentos científicos o continúa llevándose a cabo simplemente por tradición, e informar a las matronas acerca de los beneficios y posibles riesgos de la ingesta durante el parto. **METODO:** Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la hidratación y alimentación durante el trabajo de parto en las bases de datos PubMed, Cochrane Plus, UpToDate. **RESULTADOS:** La ingesta de líquidos claros durante el parto no influye sobre la evolución del mismo, tipo de parto, duración y empleo de oxitocina, ni sobre los resultados del Recién Nacido. Además se considera que mejora el confort y la satisfacción materna y no incrementan las complicaciones maternas, por lo tanto, se recomienda permitir la ingesta de líquidos claros durante el parto. Se recomienda que las mujeres sean informadas que las bebidas isotónicas son eficaces para combatir la cetosis, y por ello, preferibles a la ingesta de agua. No existe evidencia para mantener la rutina del ayuno. **DISCUSION:** Una nutrición deficiente se asocia a partos más largos y dolorosos. Es aconsejable respetar la regulación natural de las mujeres a medida que avanza el trabajo de parto, con una disminución progresiva del consumo de comida y preferencia hacia los líquidos en pequeñas cantidades, incluso después del vómito. En caso de cesárea bajo anestesia general, está indicada la administración de fármacos que disminuyan el contenido gástrico y aumenten su pH. Hay que detener la ingesta si se previenen complicaciones durante el parto.



P-133.- BANCOS DE LECHE MATERNA:UNA FUENTE DE ORO BLANCO.

ALARCÓN-TORIBIO Y*, CHAMIZO-MURILLO A, ECHEVARRÍA AMADO-LORIGA P, MARÍ-VILLAGRASA J.

ASSIR LLEIDA.

RESUMEN.

La leche materna es el alimento de elección para todos los recién nacidos. Así lo recomiendan la OMS y UNICEF. Si la propia madre no tiene suficiente leche propia o no puede amamantar por algún otro problema, la leche donada es la mejor alternativa. Los bancos de leche promocionan y apoyan la lactancia materna y permiten la donación de este alimento a bebés prematuros o gravemente enfermos. Un banco de leche humana o de madre es un centro especializado que recoge, procesa, y dispensa leche de madre donada segura y de calidad a cualquier niño que lo precise. OBJETIVOS: General Promocionar la lactancia materna. Objetivos específicos Fomentar la donación de leche materna para los recién nacidos prematuros y/o bebés enfermos. Reconocer los beneficios que proporciona la leche donada en recién nacidos prematuros y de bajo peso. Informar a profesionales y mujeres donantes las indicaciones de la leche donada. Explicar los procedimientos de recolección, almacenamiento, pasteurización, control y dispensación de la leche materna donada con garantías de calidad y seguridad y bajo prescripción médica. METODOS: Se realizó búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos: PUBMED, SCOPUS, SCIELO, LILACS. Se consultó a la Asociación Española de Bancos de Leche Humana. Se consultaron Guías de Establecimiento y Operación de bancos de Leche Humana de Brasil, Estados Unidos y Gran Bretaña. RESULTADOS: La historia de los bancos de leche en España es muy corta. El primer banco de leche se fundó en el 2001 en Palma de Mallorca, después en Madrid en 2007 en el Hospital 12 de Octubre y hasta ahora con un total de 7 bancos de leche en toda España. No hay legislación internacional que rijan el funcionamiento de estos bancos, adoptando guías de actuación propias editadas por las diferentes asociaciones de bancos de leche. Dichas guías introducen parámetros de calidad y seguridad, durante todo el proceso de recolección, procesamiento y posterior distribución de la leche, efectuando análisis biológicos de la leche. DISCUSION Dada la extensa documentación que avala que la lactancia materna es beneficiosa en recién nacidos prematuros y de bajo peso, es importante hacer difusión y uso de los Bancos de Leche Materna. Estos proporcionan el alimento ideal sustitutivo a estos niños cuando la madre biológica no puede hacerlo en ese momento.



P-134.- SATISFACCIÓN DE LAS MUJERES DE PARTO Y CARGA LABORAL DE LAS MATRONAS.

CEREZO-MUNUERA A, MENÁRGUEZ-LUQUE A, ROMERO-RODRÍGUEZ S, SUÁREZ-CORTÉS M, SELVA-CABAÑERO P.

HOSPITAL SANTA LUCIA.

RESUMEN.

Introducción: A pesar del descenso de la natalidad existen demandas crecientes en relación al proceso de parto, que llevan a la determinación del coste-efectividad y a la optimización de los servicios. En este proceso la matrona, como parte del equipo de atención obstétrica, desarrolla una labor fundamental. Las notables diferencias existentes en el ratio matrona/número de nacimientos y las diferencias en la calidad percibida por la mujer de parto requieren ser analizados. OBJETIVOS: • **Describir el ratio matrona/mujer de parto a nivel nacional.** • **Analizar la relación de este ratio con la satisfacción de la mujer en el parto.** METODOLOGÍA: Estudio descriptivo. Se realiza análisis de las estadísticas realizadas por INE, datos hospitalarios y encuestas de satisfacción publicadas. RESULTADOS Y DISCUSION: Hay variabilidad en el ratio matrona/número de nacimientos, siendo la media nacional muy inferior a la media europea. Entre las distintas variables analizadas parece existir una relación estadísticamente significativa entre este ratio y la satisfacción de las mujeres en el parto. No disponemos de datos de carga laboral de las matronas ante las nuevas demandas en la atención al parto, y la mayoría suelen reducirla al número de nacimientos. Conclusiones: Es preciso generar un instrumento de medida eficiente en relación a la carga de trabajo de la matrona en paritorio. Ajustar el ratio matrona/ número de nacimientos aumenta la satisfacción de la mujer de parto.



P-135.- MUERTES POR VIOLENCIA DE GENERO EN ESPAÑA: ¿SON EFECTIVAS LAS MEDIDAS LEGISLATIVAS IMPLANTADAS?.

ONTIVÉROS-ROJAS E, LÓPEZ-SÁNCHEZ B, MARTÍNEZ-GARCÍA E, ÁVILA-CUADROS E, GARCÍA-DA SILVA A, GARCÍA-SÁEZ S.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Determinar si desde la entrada en vigor de la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de Diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, el número de muertes de mujeres por Violencia de Género ha disminuido, así como los cambios observados en las principales características demográficas de las víctimas y de los agresores. **MÉTODOS:** - Se analizan los datos proporcionados por el Instituto de la Mujer desde el año 2005 sobre cifras absolutas de muertes de mujeres a manos de sus parejas o exparejas, teniendo en cuenta la edad y nacionalidad de las víctimas y agresores. **RESULTADOS:** - El número de muertes de mujeres por violencia de género ha aumentado entre los años 2005 y 2011 de 57 a 61 casos, si bien en el año 2008 se obtuvo la cifra más alta con 76. Entre las mujeres extranjeras la tasa de víctimas por cada millón de mujeres nacidas fuera de España siempre ha sido superior a las autóctonas, siendo en la actualidad de 7.63 vs 1.89, y en general el grupo de edad que aporta un mayor número de casos durante el periodo analizado, se encuentra entre 31 y 40 años (127 casos (27,5%)). Con respecto a los agresores también han sido sus tasas por millón de hombres extranjeros más elevadas a los españoles, situándose en 2011 en 6 frente a 2,12, siendo así mismo en general, los hombres entre 31 y 40 años los que con más frecuencia incurren en este delito (130 (28%)). **DISCUSION:** - En la actualidad y a pesar de los esfuerzos legislativos implantados para proteger a las mujeres de la violencia por parte de sus parejas o exparejas, España no es un país más seguro para las mujeres. Se podría decir que quizá haya aumentado la conciencia social sobre el problema así como su visibilización, pero la violencia que aún existe en nuestra sociedad, muestra que los compromisos políticos y los recursos y estrategias empleadas no son suficientes, sobre todo para las mujeres extranjeras y de edad media. Las matronas como profesionales sanitarios directamente implicados en la atención a las mujeres, debemos ser conscientes de este grave problema y tener muy en cuenta que nuestro papel es esencial en la prevención y detección de este fenómeno.



P-136.- INFLUENCIA DE LA MUSICOTERAPIA SOBRE EL TRABAJO DE PARTO.

SISTO B*, JEAN-PAUL S, RODRÍGUEZ A.

HOSPITAL DE JEREZ DE LA FRONTERA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: - Identificar los beneficios de la musicoterapia en el trabajo de parto. -

Conocer y promover la musicoterapia como método alternativo de alivio del dolor.

MATERIAL Y METODOS: Para la elaboración del documento se hicieron búsquedas en el Registro de Ensayos del Grupo Cochrane de Embarazo y Parto (Cochrane Pregnancy and Childbirth Group Trials Register), PUBMED, MEDLINE, UP TO DATE. Resultado: Se han encontrado diversos estudios en los que se enumeran los beneficios que produce la aplicación de este método durante el trabajo de parto sobre la gestante y el recién nacido.

No se han encontrado contraindicaciones para el uso de este método. En la gestante se valorarán los siguientes indicadores fisiológicos y psicológicos. Como indicadores fisiológicos se evaluarán la presión arterial, la frecuencia cardíaca y el dolor. Como indicadores psicológicos se evaluarán los cambios sobre la ansiedad y el miedo durante el parto. Se ha demostrado que la musicoterapia proporciona una mejora de todos los indicadores anteriores, facilitando la adaptación de la gestante al trabajo de parto.

Beneficios destacados en el recién nacido: Relajación. Influencia positiva sobre la instauración de la lactancia materna.

DISCUSION: Se ha observado que el uso de la musicoterapia durante el trabajo de parto contribuye a una mejora física y psicológica de la gestante y a una adaptación adecuada del recién nacido. Se ha demostrado un aumento de las tasas de lactancia materna, debido a la relajación que la musicoterapia proporciona tanto a la madre como al recién nacido. Para una correcta puesta en marcha de esta técnica sería necesario: - Elaborar un protocolo en la unidad para instaurar este método en la práctica profesional como terapia alternativa. - Informar a la gestante por parte de los profesionales de la existencia y beneficios de este método.



P-137.- BURNOUT DE MATRONAS ESPAÑOLAS QUE TRABAJAN EN HOSPITALES.

CEREZO-MUNUERA A, MARTÍNEZ-JIMÉNEZ D, FUERTES-CÁNOVAS Y, SUÁREZ-CORTÉS M, MENÁRQUEZ-LUQUE A, SELVA-CABAÑERO P.

HOSPITAL SANTA LUCIA.

RESUMEN.

INTRODUCCIÓN: El término burnout es sinónimo de desgaste profesional; su traducción literal al castellano es «estar quemado». Puede definirse como una respuesta al estrés laboral crónico que ocurre generalmente entre los profesionales que trabajan hacia personas o cuyo objeto de trabajo son personas, y presenta tres componentes esenciales. Constituye un síndrome psicológico que implica una respuesta prolongada a los factores estresantes en el lugar de trabajo. Se considera un proceso continuo y de aparición gradual, insidiosa y oscilante: inicialmente el individuo experimenta un estrés debido a que las demandas del trabajo exceden sus recursos físicos o emocionales; más tarde se manifiesta el nerviosismo con síntomas de tensión, fatiga e irritabilidad y, finalmente, aparece el aislamiento emocional y social, el cinismo y la rigidez en el trato con los pacientes y compañeros de trabajo, etapa en la que ya es clara la expresión del desgaste. El burnout se compone de tres dimensiones: agotamiento o cansancio emocional, despersonalización y la baja realización personal. El Maslach Burnout Inventory (MBI) constituye el instrumento más utilizado en el mundo y que valora sus tres aspectos fundamentales. Aunque hay estudios que muestran aspectos de mejora del MBI, parece poseer una calidad psicométrica, validez y fiabilidad, que lo hacen ser el de elección. La escasez de estudios sobre el desgaste profesional entre las matronas en nuestro país nos ha llevado a la aplicación y análisis del MBI en diversos hospitales. OBJETIVOS: Conocer la causística de burnout en matronas y las variables relacionadas con la misma. MATERIAL Y METODOS: Se realizó un estudio descriptivo transversal. Para ello se puso a disposición de los supervisores de paritorio de diversos hospitales una encuesta anónima que contenía dos partes: el Maslach Burnout Inventory en su versión española y un cuestionario con diversas variables sociodemográficas entre las que se incluían la edad, el sexo, los años de vida profesional, la vínculo y la ubicación laboral, la realización de guardias y de actividad privada, tipos de turnos, las horas semanales trabajadas, el sentimiento de adecuación del salario al trabajo realizada, las bajas laborales, la interferencia con la vida familiar, los hábitos tóxicos, la sobrecarga, la satisfacción en el trabajo, entre otras. CONCLUSIONES Y DISCUSION: El estudio se encuentra en fase de colecta de datos.



P-138.- MAPA DE RIESGO DE MUTILACION GENITAL FEMENINA EN ESPAÑA.

MORIANA-LÓPEZ MB, SÁNCHEZ-ALIAS ME, MARTÍNEZ-GARCÍA E, LÓPEZ-SÁNCHEZ B, ONTIVEROS-ROJAS E, OLVERA-PORCEL MC.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Establecer un mapa territorial en España según el número estimado de mujeres que pueden sufrir una MGF. MATERIAL Y METODOS: A partir de la explotación de los datos del INE relativos al Padrón municipal del año 2011, se obtienen el número de mujeres residentes en España y por provincias, procedentes de países donde la MGF se realiza de forma tradicional. Posteriormente se estiman el número de mujeres de estos países que pueden estar mutiladas, teniendo en cuenta las prevalencias estimadas de MGF en sus países de origen, según las encuestas publicadas por la OMS. RESULTADOS: El mapa de riesgo de mujeres que pueden sufrir una MGF en nuestro país muestra grandes diferencias entre las provincias españolas. En Barcelona, Madrid y Girona se encuentran el mayor número de mujeres que pueden haber sufrido una MGF con 3722, 2442 y 1716 respectivamente, y además de Ceuta (n=3) y Melilla (n=6), en Palencia, Avila y Segovia es donde se muestran las cifras inferiores con 8, 9 y 11. DISCUSION Y CONCLUSIONES: Nuestros resultados son más precisos que los publicados hasta ahora en España ya que se aproximan más a la realidad de cada país de origen. De manera que la zona del Maresme catalán y la comunidad de Madrid se constituyen los puntos geográficos con mayor concentración de mujeres que pueden sufrir una mutilación genital. Por tanto, y teniendo en cuenta que **“Donde hay una mujer mutilada, puede haber una hija mutilada”** son las zonas de mayor riesgo ante la posible aparición de nuevos casos de MGF. Las matronas debemos ser conscientes de este panorama nacional y estar sensibilizadas y capacitadas para detectar y prevenir casos de MGF, en definitiva, trabajar de forma activa en la eliminación de esta práctica.



P-139.- VIVENCIA DE LA SEXUALIDAD EN EL CLIMATERIO: PAPEL DE LA MATRONA.

PAGÁN-MARÍN C*, PAGÁN-MARÍN L, DÍEZ-JOVER R, ORENES-BELLIDO MA, RUIZ-CHUMILLA MA, MARTÍN-MARTOS V.

HOSPITAL DE SAGUNTO (VALENCIA).

RESUMEN.

OBJETIVOS: 1. Reflejar el papel que tiene la matrona como responsable en la educación para la salud en el campo de la sexualidad. 2. Establecer y unificar la actuación de la matrona en cuanto al abordaje del patrón sexualidad-reproducción durante el climaterio. 3. Conocer cómo vive la sexualidad la mujer en el climaterio. 4. Determinar los cambios que se producen en el patrón sexualidad-reproducción durante esta etapa. METODO: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cochrane Library, Scielo y las revistas científicas Enfermería Global y Matronas Profesión. Las palabras claves utilizadas fueron: sexualidad, climaterio, matrona. Tras la lectura de los artículos, se realizó un diagrama de actuación de la matrona en cuanto a la forma de valorar de manera focalizada el patrón sexualidad-reproducción, así como la confección de una entrevista clínica, con el fin de efectuar una recogida de datos sobre la vivencia sexual de la mujer. RESULTADOS: Al tratarse de una propuesta de actuación no hemos obtenido resultados del trabajo aún. DISCUSION: Según la OMS, se define sexualidad como un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida que abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción, la orientación sexual. La sexualidad se va modificando en cada etapa de la vida del individuo, y está determinada por el aprendizaje adquirido en el medio que le rodea. Es por eso que de una edad a otra los intereses sexuales van cambiando, coincidiendo generalmente con los cambios corporales. La sexualidad, ofrece entonces la posibilidad de modificarse para permitir un mejor desarrollo del ser humano. Durante el climaterio, las mujeres experimentan una gama de síntomas producidos por la declinación hormonal, tales como sofocos, cambios de humor, alteraciones de sueño, disminución de la libido. Dentro de la sexualidad las manifestaciones más frecuentes son disminución del deseo sexual, dispareunia e incapacidad para alcanzar el orgasmo. Por ello, debido a los múltiples factores que influyen en el desarrollo de la sexualidad, esta es compleja de evaluar y ya sea por la falta de conocimiento o competencia, podemos decir que el patrón sexualidad-reproducción es un tema poco evaluado por el profesional sanitario. No obstante, dado que la matrona es el profesional de referencia para abordar este aspecto tan particular de la mujer, porque tiene los conocimientos y habilidades interpersonales necesarios, debe contribuir a la atención de



este grupo de mujeres con el objetivo de disminuir la incomodidad y el temor mediante el asesoramiento, evaluación y educación para la salud, desde una corriente positivista. Para ello, la matrona abordará dicho tema mediante la elaboración de una entrevista clínica desarrollando unos objetivos, contenidos, metodología a seguir y finalmente una evaluación con el fin de orientar nuestra conducta de actuación.



P-140.- COLECHO: ALGO MÁS QUE COMPARTIR LA CAMA.

GÓNGORA-JIMÉNEZ MV*, PALOMINO-SALVADOR PA, CONESA-AGÜERA A, GRACÍA-GOMEZ AM, PADILLA-CASAU C, REALES-FERRER E.

HOSPITAL RAFAEL MENDEZ.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Ofrecer al colectivo de Matronas información actualizada acerca de los beneficios del colecho así como las recomendaciones para practicarlo de forma segura. **METODO:** Revisión bibliográfica acotada entre los años 2000 y 2012 consultando bases de datos como Cuiden, Medline, Cochrane y Scielo. **RESULTADOS:** En cuanto a los beneficios del colecho referentes a lactancia materna podemos señalar un aumento del número y duración de tomas durante la noche, aumento de prolactina en toma nocturna, incremento de producción de leche, mayor prevalencia de lactancia materna, mayor protección inmunitaria al recién nacido y factor protector frente a SMSL (Síndrome de Muerte Súbita del Lactante) En cuanto al vínculo afectivo resaltar el desarrollo en los padres de mayor sensibilidad y empatía dando respuesta a la necesidad de contacto y seguridad, facilitando un acceso al cuidado rápido y directo cuando el bebe lo demanda Podemos señalar otros aspectos como la sincronización de los despertares nocturnos entre madre y bebé, regulación térmica del bebé y una mayor estabilidad cardio-respiratoria y oxigenación lo que disminuye episodios de apneas y disminución del llanto lo que favorece el descanso de los padres. **DISCUSION:** Dado que la lactancia materna es la alimentación idónea para el bebe durante al menos los seis primeros meses de vida, tal y como recomienda la OMS, es inevitable aceptar el colecho como práctica de crianza para dar respuesta tanto a las necesidades nutritivas como afectivas de los lactantes. Sin olvidar que hay que tener en cuenta una serie de recomendaciones para poder realizarlo de la manera más segura. Como matronas, profesionales especialistas en el cuidado de la puérpera y de su recién nacido hasta los veintiocho días de vida, debemos conocer esta práctica para así transmitir a las familias la manera de practicarla con seguridad y obtener los máximos beneficios.



P-141.- FUNDAMENTOS PARA COLECHAR DE FORMA SEGURA.

GUILLÉN-MARTÍNEZ A, MOLINA-RODRÍGUEZ A, RODRÍGUEZ-SÁNCHEZ V*, MARTÍNEZ-AMORES G, ROYO-MORALES T, PÉREZ-ABAD E.

C. SALUD ALGUAZAS.

RESUMEN.

INTRODUCCIÓN: Hoy en día van aumentando las maternidades que fomentan el binomio madre-hijo mediante la no separación con el fin de favorecer la lactancia materna. También se observan gran diversidad de costumbres familiares y culturales que fomentan la práctica del colecho, donde el niño comparte la cama con los padres o hermanos. Sin embargo el miedo a la muerte súbita unido a los falsos mitos, han hecho que sea una práctica mal vista en nuestra sociedad. **OBJETIVOS:** Analizar las diferentes prácticas clínicas sobre el colecho que se realizan durante la estancia hospitalaria tras el nacimiento. Evidenciar las actividades más adecuadas a la hora de practicar el colecho Sustentar en base a las buenas prácticas, la información y consejos que se proporcionan a los padres respecto al colecho. **MÉTODOS:** Revisión de la literatura entre 1980 y 2012 en diversas bases de datos: EBSCOhost, Cuiden, Cochrane Plus, JBI CONNECT y publicaciones de la OMS, junto con entrevistas abiertas a mujeres que han practicado o practican el colecho. **RESULTADOS:** En la práctica se observa que durante el puerperio hospitalario, la separación por protocolo o por necesidades especiales de madre e hijo, dificulta la instauración y mantenimiento de la lactancia materna. Por el contrario, tanto en la literatura como en los datos obtenidos de las entrevistas, se evidencian numerosos beneficios, tales como que el colecho facilita la lactancia materna a demanda, genera despertares sincronizados entre ambos, establece una mayor estabilidad cardíaco-respiratoria en la oxigenación del niño, se evidencian una disminución del número de episodios de llanto y una mejor regulación térmica, entre otros beneficios. **DISCUSIÓN:** Hay recomendaciones claras de la OMS para colechar de forma segura, apreciándose que el colecho con cuna sidecar en la maternidad aumenta la frecuencia de las tomas de lactancia materna. Debemos conocer e informar de los supuestos en los que no se debería llevar a cabo el colecho. Podemos recomendar la práctica del colecho seguro proporcionado en la Educación Maternal la información y consejos adecuados a los padres que lo deseen.



P-142.- EDUCACIÓN INTERACTIVA EN DIABETES GESTACIONAL.

LLADÓ RM, RAMOS L*, JARA E, GOTOR MC, RODRÍGUEZ M, ARRANZ A.

HOSPITAL CLÍNIC PROVINCIAL DE BARCELONA SEU CASA MATERNITAT.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Facilitar a las gestantes con diabetes gestacional la comprensión de la enfermedad y su manejo. Proporcionar a las matronas especializadas en diabetes gestacional técnicas didácticas interactivas para la educación sanitaria. Disminuir las complicaciones perinatales de la diabetes gestacional. **METODOLOGÍA:** Elaboración de un Power Point basado en un material educativo didáctico creado 2004 por una matrona especializada en diabetes gestacional de nuestro centro. Este material está compuesto por láminas, transparencias y folletos con gráficos inteligibles para las gestantes en diferentes idiomas: castellano, catalán, inglés, árabe, y chino. El Power Point pretende adaptar el programa educativo actual a las nuevas técnicas didácticas interactivas y así mejorar el aprendizaje de las gestantes cuando acuden a la consulta de diabetes gestacional. Por otro lado, aprovechar al máximo los recursos informáticos que se ofrecen en las consultas en la actualidad. **RESULTADOS:** El equipo especialista en diabetes gestacional, matronas y obstetras, espera que con una educación didáctica basada en medios informáticos actuales como Power Point, promueva el aprendizaje y motivación necesarios de las gestantes con diabetes gestacional. De esta manera se prevé producir un cambio voluntario en su conducta de autocuidados dirigidos a mantener un estado normoglucémico y así disminuir complicaciones perinatales que conlleva esta patología. **DISCUSION:** El propósito de este proyecto es utilizar el ordenador de la consulta como medio educativo didáctico. El Power Point es un programa diseñado para hacer presentaciones con texto esquematizado, fácil de entender, práctico y llamativo. Este formato de presentación cumple los requisitos para realizar una educación sanitaria grupal, lo que supone una inversión de tiempo de consulta y hace que la gestante forme parte de un colectivo en su misma situación. Por ello pensamos que es una herramienta útil para lograr un mayor aprendizaje en este tipo de gestantes, ya que tienen que adquirir un cambio de conducta de manera rápida y eficaz en el cuidado de su salud y la de su hijo.



P-143.- A PROPOSITO DE UN CASO: DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA EN GESTANTE DE 39 S.G. CON PRE-ECLAMPSIA.

GARCÍA-HERNÁNDEZ MC, LÓPEZ-LÓPEZ MI, LÓPEZ-GONZÁLEZ I, MARCO-ALEGRIA TD.

HOSPITAL RAFAEL MENDEZ.

RESUMEN.

El desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta (dppni) es la separación parcial o total de la placenta de su inserción decidual en el fondo uterino, antes de la expulsión del feto. Es la segunda causa de metrorragia en el tercer trimestre de gestación. Ocurre aproximadamente entre un 0.4 y un 3.5 %, produciéndose la muerte del feto únicamente en 1 de cada 500 partos. Se presenta un caso clínico de desprendimiento de placenta moderada en una gestante de 31 años, 39+2 semanas de gestación con pre-eclampsia previa. A su ingreso presenta bolsa rota de 1 hora de evolución y expulsión de líquido amniótico de aspecto sanguinolento. Gestación controlada, serología y sgb negativos. Grupo sanguíneo a+. Analizamos los múltiples factores etiológicos que intervienen en el curso de esta patología, así como su tratamiento. a su ingreso por urgencias se realiza registro cardiotocográfico (rctg) en el que se muestra una variabilidad a corto plazo inferior a 10 lat/min, ritmo ondulatorio bajo y deceleraciones de la f.c.f, por lo que se avisa al tocólogo de guardia, se le coge vía periférica y se le coloca perfusión de ringer lactato. a la llegada del tocólogo permanece la bradicardia fetal se realiza nueva valoración obstétrica, evidenciándose 4 cm de dilatación y sangrado vaginal oscuro y moderado. Se realiza ecografía abdominal de urgencia observándose desprendimiento de entre el 30 y el 50 % de la placenta, por lo que se indica cesarea urgente a las 18:25 h, finalizando ésta a las 19:05. nace una mujer de 3050 gr con apgar 7/8/10. se le realiza lavado gástrico de contenido sanguinolento. El desprendimiento de placenta es una complicación grave que puede ocurrir a partir de las 20 sem de gestación y su diagnóstico precoz es fundamental para que los resultados sean lo más satisfactorios posible. Aunque la etiología de la enfermedad sigue estando poco clara, es básico conocer los diferentes factores de riesgo, como traumatismos, edad materna avanzada, alteraciones uterinas, multiparidad, hábitos tóxicos, hipertensión arterial con preeclampsia... siendo este último el más importante. El papel de la matrona es esencial para identificar los signos y síntomas que se pueden presentar a lo largo del embarazo y que nos pueden ayudar a un diagnóstico precoz y a reducir la morbilidad materno-fetal.



P-144.- INYECCIONES DE AGUA ESTÉRIL PARA EL ALIVIO DEL DOLOR DURANTE EL TRABAJO DE PARTO: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

PICÓN M*, ORENES MA, RUIZ MA, MARTIN V, GARRIDO R, PAGAN C.

H.U. VIRGEN DE LA ARRIXACA.

RESUMEN.

Introducción: En nuestro medio la mayoría de las mujeres optan por la analgesia epidural para aliviar el dolor del trabajo de parto, pero muchas no tienen esa posibilidad, ya sea por indicación médica, barrera idiomática o simplemente por decisión personal. Disponemos de métodos alternativos de alivio del dolor que los profesionales no están habituados a usar y que la mayoría de las mujeres no conocen. Uno de estos métodos son las inyecciones de agua estéril administradas durante la primera etapa del trabajo de parto en la zona donde vaya referido el dolor de las contracciones. Estas inyecciones suelen aplicarse en la zona lumbar, concretamente en el Rombo de Michaelis, aunque también se pueden administrar en la zona abdominal. El OBJETIVO de esta revisión es evaluar mediante la evidencia científica, la efectividad de las inyecciones de agua estéril para el dolor del trabajo de parto y poder fomentar su uso en nuestro medio hospitalario para así aumentar la satisfacción de las mujeres que por cualquier motivo no vayan a usar analgesia epidural. METODOS: Se ha realizado una búsqueda en bases de datos (the Cochrane Library, CINALH, MEDLINE, Cuiden Plus) en la que se han revisado diferentes ensayos clínicos aleatorios de dos tipos: los que comparan la inyección intracutánea de agua estéril con suero salino fisiológico, y los que comparan estas con otros métodos no farmacológicos como los TENS y la acupuntura. También se ha consultado en las guías clínicas y recomendaciones de organismos oficiales sobre este tema. RESULTADOS: Las inyecciones de agua estéril son un método no farmacológico de alivio del dolor efectivo durante la primera etapa del parto que además de aliviar fundamentalmente el dolor lumbar, también han demostrado aliviar el dolor referido en otras zonas anatómicas, como el hipogástrico. Conclusiones: debido a que la evidencia demuestra la efectividad de este método, sería necesario instruir a los profesionales que se dedican a la asistencia al parto en el uso de inyecciones de agua estéril y a las mujeres darles a conocer que existen alternativas a la analgesia epidural.



P-145.- ESTUDIO SOBRE LA EFECTIVIDAD DEL DIU COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA.

ROYO-MORALES T, PÉREZ-ABAD E, GUILLEN-MARTÍNEZ A, MOLINA-RODRÍGUEZ A, RODRÍGUEZ-SÁNCHEZ V, MARTÍNEZ-AMORES G*.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA.

RESUMEN.

Introducción: recientemente una revisión de 42 estudios, realizados entre 1979 y 2011, ha demostrado la eficacia del DIU como anticonceptivo de emergencia. La cuestión que se plantea en este trabajo es si el DIU además de eficaz, es un método efectivo, es decir, ofrece una adecuada relación coste-beneficio. OBJETIVOS: - Valorar la efectividad del DIU como anticonceptivo de emergencia - Comparar la efectividad del DIU con otros métodos anticonceptivos de emergencia. METODO: Revisión bibliográfica atendiendo al siguiente criterio de búsqueda: utilización de las palabras clave DIU, anticoncepción y emergencia. RESULTADOS: se observaron las siguientes características de los distintos métodos. En lo que respecta al DIU se ha demostrado que es un método eficaz, que ha evolucionado desde los inicios de su utilización, que ofrece la posibilidad de incorporar hormonas, que su precio oscila entre los 35 y los 180 euros y para su aplicación requiere la asistencia por parte de un profesional formado. En lo que concierne a otros métodos de anticoncepción de emergencia, se ha visto que ofrecen una única opción que es la vía hormonal, son mucho más baratos y desde hace unos años en algunos países se pueden adquirir en la farmacia sin receta médica. La tasa de error de los anticonceptivos de emergencia distintos al DIU se sitúa entre el 1,4% y el 3%. En lo que respecta al DIU la tasa de eficacia es de 10 a 20 veces mayor que otros anticonceptivos de emergencia. Conclusión y discusiones: Debido a las condiciones que exige la utilización del DIU, tanto por parte de la mujer como del profesional, y debido también al precio de mercado, podría decirse que no es un método efectivo como anticoncepción de emergencia frente a otros que actualmente se están utilizando, a pesar de su alta tasa de eficacia. Sin embargo sí podría decirse que el DIU es un método anticonceptivo efectivo a largo plazo, entre otras razones porque sólo hay que pagarlo una vez en mucho tiempo frente a la anticoncepción hormonal que exige un gasto más frecuente.



P-146.- Y DE TODOS ¿QUIÉN ES EL MEJOR?.

NARANJO MI*, HURTADO M, JIMÉNEZ R, JIMÉNEZ A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: -Comparar la atención y asistencia de la matrona en el parto con otros tipos de profesionales. -Identificar las ventajas e inconvenientes de la atención por matronas en el parto con otros tipos de profesionales. METODO: Revisión sistemática de los artículos más recientes en las revistas influyentes y bases de datos bibliográficas (biblioteca Cochrane, pubmed, GPC atención al parto normal, IPN de la FAME). RESULTADOS: La ciencia en que se basa la atención por matronas es la normalidad haciendo énfasis en la capacidad natural de la mujer para finalizar el parto con una mínima intervención. El modelo de atención por matronas incluye mayor continuidad en la asistencia(desde el periodo preconcepcional hasta el periodo postnatal),atención de los aspectos biológicos, psicológicos, emocionales y sociales de la mujer y la familia así como educación, asesoramiento y atención prenatal. Entre los otros modelos de atención encontramos la atención proporcionada por obstetras, médicos de familia y los modelos de atención compartida. La atención por matronas se asoció con numerosos beneficios entre los que se encuentran: **•Menor uso de analgesia intraparto, uso de episiotomía y parto instrumental. •Disminución de la pérdida fetal antes de las 24 semanas de gestación. •Menor probabilidad de ingreso prenatal. •Mayor sentimiento de control por parte de la mujer en el trabajo de parto. •Mayor índice de parto vaginal espontáneo. •Más probabilidad de inicio de lactancia materna y de estancias hospitalarias mas cortas. •Mayor satisfacción de la mujer.** De la misma forma no se identificaron efectos adversos en este tipo de atención. DISCUSION Y CONCLUSIONES. Se necesitan investigaciones adicionales en cuanto a los modelos de matronas mas recientes que incluyen el parto domiciliario, igualmente seria interesante conocer los efectos del modelo de matronas en la salud de la mujer y recién nacido más a largo plazo. A la luz de los resultados encontrados resulta evidente que la atención ofrecida por matronas en el embarazo y parto de bajo riesgo es el mejor modelo para la salud física y psicológica de la mujer y del recién nacido; por lo que desde los gobiernos, organizaciones sindicales y profesionales se debería hacer un esfuerzo por dejar cerradas las competencias de las matronas adecuando los puestos de trabajo a estas competencias y modificando igualmente los perfiles de selección de personal tanto a nivel hospitalario como de APS.



P-147.- REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO.

GENTIL-ALPÉRIZ P, MARTÍN-MARTÍN R, CRUZ-GARCÍA S, CARTES-CUMBRERAS A, MORICHE-ROLDÁN M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Definir si la interrupción voluntaria del embarazo tiene repercusiones psicológicas para la mujer que se la realiza, y si es así, si éstas son negativas (empeora su salud mental) o positivas (mejora su salud mental). METODOS: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de la Cochrane Library Plus, Pubmed, Medline y google. Los términos de búsqueda fueron "interrupción voluntaria del embarazo", "aborto", "consecuencias psicológicas", "abortion" y "psychology". Los operadores booleanos utilizados fueron "y" y "and". Se descartaron todos los artículos que no tenían relación directa con el tema, y se utilizaron 2 artículos de Medline y 3 de google. RESULTADOS: Las razones para querer hacerse una IVE pueden ser: dificultades socioeconómicas, de pareja, de salud, proyecto de vida incompatible con la maternidad y sentimientos internos. El aborto inducido ha sido ilegal y penalizado en España hasta 1985. Desde entonces el número de IVEs ha ido aumentando, aunque se observa una tendencia a la estabilidad. Hasta 2010, la mayoría de abortos se realizaban bajo el supuesto de proteger la salud física o mental de la madre. Sin embargo, diversos estudios afirman que abortar causa malestar psicológico grave (ansiedad, depresión, ideación suicida, alcoholismo), que puede incluso provocar la muerte de la mujer, lo que se conoce como "síndrome postabortivo". Es la negación de los sentimientos de culpa y duelo que provoca el aborto, que da lugar a un duelo no elaborado. Sin embargo, otros estudios niegan la existencia de este síndrome y afirman que el malestar psicológico de la mujer es mayor antes que después de abortar. Las secuelas negativas están relacionadas con otros hechos estresantes que coinciden con el aborto, y con el apoyo emocional que recibe la mujer (la falta de apoyo genera malestar psicológico tras abortar). DISCUSION: Hacen falta más estudios metodológicamente adecuados para demostrar la existencia o no de malestar psicológico relacionado con la IVE, ya que los estudios que demuestran el síndrome postabortivo tienen errores en su realización.



P-148.- REVISIÓN DE LA RECOMENDACIÓN DE RESTRICCIÓN DE SAL EN EMBARAZADAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA PRE-ECLAMPSIA.

MIRANDA-MORENO MD*, AGEA-CANO I, RODRÍGUEZ-VILLAR V, MARTÍN-MARTÍN M.

HOSPITAL MATERNO INFANTIL JAEN.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Resumir la evidencia sobre los efectos de la recomendación de disminuir la ingesta de sal en la dieta durante el embarazo para la prevención de la preeclampsia y sus consecuencias. METODOS: Búsquedas electrónicas en bases de datos y registros de ensayos clínicos. No se aplicó ninguna restricción de idioma. Criterios para la valoración de la calidad de los ensayos clínicos: aleatorización, ocultamiento de asignación, integridad del seguimiento y cegamiento. RESULTADOS: Se han incluido 3 revisiones bibliográficas y 2 ensayos clínicos controlados. Resultados de las revisiones bibliográficas: en cada revisión se analizan 2 estudios clínicos en mujeres con embarazo normal, comparando los resultados tras la ingesta normal o restringida de sal. Todos ellos coinciden en la ausencia de evidencia sobre los beneficios de la restricción de sal durante el embarazo normal para prevenir la pre-eclampsia, concluyendo que el consumo de sal sea una cuestión de preferencia personal de la embarazada. En estudio clínico caso-control nº1 en con mujeres con pre-eclampsia, siendo la intervención la restricción de sal en la dieta, obtiene como resultados que la intervención no afecta a los síntomas de la pre-eclampsia y observa a nivel perinatal un aumento de hiponatremia en el recién nacido en el grupo de intervención. En estudio clínico aleatorizado nº2 , se siguen 2 grupos de mujeres, uno con hipertensión inducida por el embarazo y otro con hipertensión inducida por otras causas distintas. En ambos grupos se reduce la ingesta de sal. En el grupo de no embarazos se observan resultados positivos tras la intervención. En el grupo de embarazos se concluye que la restricción de sal es un intervención ineficaz, a la par que acelera la depleción de volumen presente en la pre-eclampsia. DISCUSION: El objetivo de esta revisión fue evaluar la recomendación de restricción dietética de sal en las embarazadas para la prevención de la preeclampsia. No hay evidencia científica de que la recomendación de restricción dietética de sal durante el embarazo tenga algún efecto beneficioso para la prevención de la preeclampsia. Existen estudios en embarazos que tras disminuir su ingesta de sal, se observan efectos negativos en el recién nacido y embarazada por el déficit de sodio. Por todo esto podríamos entender que el consumo de sal durante el embarazo debe ser una cuestión de preferencia personal, y la restricción dietética de sal en embarazos una práctica que debe ser aban.



P-149.- EFECTIVIDAD ANALGÉSICA DE LAS INYECCIONES DE AGUA ESTÉRIL.

MIRANDA MD*, AGEA I, RODRÍGUEZ V, MARTÍN M.

HOSPITAL MATERNO INFANTIL JAEN.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Conocer la efectividad analgésica de la inyección intracutánea y subcutánea de agua estéril para el tratamiento del dolor lumbar que sufren un tercio de las mujeres durante el trabajo de parto. Este efecto analgésico se produce al bloquearse la transmisión del estímulo doloroso a través de los nervios espinales. Se han revisado artículos que utilizan para medir la percepción del dolor escalas numéricas, en estos estudios se compara la inyección de agua estéril con la inyección salina isotónica considerándose esta última como placebo. **MÉTODOS:** Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos online Cochrane, Gerión, Pubmed, Medline y Cinahl. Se han considerado las publicaciones de los últimos cinco años. **RESULTADOS:** Los estudios revisados demuestran que las inyecciones de agua estéril proporcionar un alivio estadística y clínicamente significativa del dolor en las mujeres que experimentan dolor continuo en la zona lumbar durante el parto. Se demostró que los grupos tratados con agua estéril tenían mayores puntuaciones de alivio del dolor comparado con los grupos tratados con suero salino isotónico. Se ha visto que la administración subcutánea tiene menos efecto analgésico que la intracutánea. Estos resultados no han sido influenciados por la edad materna, paridad, educación, índice de masa corporal, la dilatación del cuello uterino en la intervención o el tamaño del feto, lo que sugiere que la inyección subcutánea de agua estéril proporciona un alivio del dolor de la zona lumbar de la espalda durante el parto. **DISCUSION:** Casi un tercio de las mujeres sufren dolor continuo en la zona lumbar durante el parto, la inyección de agua estéril es una alternativa económica, fácil de aprender y que parece tener pocos efectos secundarios. Puede utilizarse en los países con limitadas opciones disponibles para aliviar el dolor, o en mujeres que no deseen analgesia epidural o en las que por algún motivo no pueda administrarse.



P-150.- OPTIMIZACIÓN DE LA DONACIÓN DE S.C.U (EX -ÚTERO).

MAILLO-PAREJO A, LUJAN-SOSA E, ROLDÁN-VERGARA T, MANZANO-MAURI M, HERNÁNDEZ-LISSEN-BONILLA P.

HOSPITAL DE LA MUJER. H. U.VIRGEN DEL ROCIO.

RESUMEN.

La optimización de la donación de S.C.U (ex -útero) mediante drenaje heparinizado de la placenta tras su extracción, es una técnica complementaria a la extracción de sangre de cordón intraútero que tiene como OBJETIVO obtener un mayor número de células madre. Se realiza en donaciones dirigidas, en las cuales, existe un destinatario específico para la unidad de SCU. Gracias a esta técnica podremos obtener una segunda bolsa de sangre de cordón, que se utilizará como apoyo a la primera en el caso de donaciones dirigidas. Nunca servirá por sí sola ante un trasplante. La segunda bolsa de SCU (ex - útero) supera la celularidad mínima de 1×10^9 células nucleadas totales (nivel óptimo), por lo que supone un aporte medio extra del 35% de celularidad a la donación. RESULTADOS: Esta técnica ha sido realizada con éxito en las dos extracciones de los niños HLA compatibles.



P-151.- INTERVENCIÓN DE LA MATRONA EN EMBARAZADAS CON ASMA BRONQUIAL.

CARRERA-ROS CM, CARMONA-ROMERA AB, LOZANO-BUENO S.

HOSPITAL DE ANTEQUERA.

RESUMEN.

Introducción: El asma bronquial es un proceso que afecta al aparato respiratorio con limitación del flujo aéreo por constricción bronquial, recurrente, reversible, y de etiología diversa. Es una de las enfermedades más comunes que complican el embarazo. Se estima que 1% a 4% de embarazos son afectados por esta enfermedad, pero puede ser más elevada ya que el 10% o más de la población general padece de hiperreactividad bronquial no específica. Si no es tratado, el asma puede llevar a complicaciones serias para la madre y el feto, tales como rotura prematura de membranas, amenaza de parto pretérmino, hipoxia fetal o bajo peso del neonato. Si es manejado apropiadamente, la madre y el bebé no deben tener resultados significativamente diferentes de los embarazos de madres no asmáticas. OBJETIVOS: conocer el manejo del asma bronquial tanto en el embarazo como en el parto, para así obtener un bebé saludable y un control favorable del asma bronquial materna. LOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre el manejo del asma bronquial sobre el embarazo y parto; utilizando las siguientes bases de datos: Medline, Cochrane y Cuiden. RESULTADOS: Según la revisión, esta patología podría empeorar en el 30% de las embarazadas debido al aumento de las Prostaglandinas F₂, la Progesterona y los Mineralocorticoides propios del embarazo. Las intervenciones de la matrona durante el embarazo y parto en mujeres con asma bronquial serían la de prevención de crisis agudas, realizando controles en las gestaciones de alto riesgo, evitar la exposición a reacciones alérgicas y/o infecciones de vías respiratorias, contraindicar absolutamente el ácido acetilsalicílico, la indometacina y medicaciones similares que puedan desencadenar una reacción asmática, como el uso de opiáceos, sedantes o prostaglandinas durante el parto, valorar el estado emocional frente al embarazo, ya que el factor psicógeno puede agravar el estado de la patología, evitar el tabaco adoptando hábitos saludables, realizar pruebas no estresantes de bienestar fetal en cuanto sean valorables, usar Terbutalina para crisis, Teofilina oral en casos poco severos y Corticoides por vía oral y por inhalación si es un caso grave. Evitar los antitusígenos. CONCLUSIONES: La intervención de la matrona es muy importante ya que con un buen manejo y el tratamiento adecuado se puede lograr un buen control de la enfermedad en la mayoría de los casos, si no es así la mujer y el bebé pueden sufrir muchas complicaciones.



P-152.- ANÁLISIS DEL USO DE ESCOPOLAMINA BUTILBROMURO (BUSCAPINA) DURANTE EL TRABAJO DE PARTO.

GILART-CANTIZANO P, RODRÍGUEZ-VILLA S, CUTILLA-MUÑOZ AM.

HOSPITAL JEREZ DE LA FRONTERA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: -Estudiar la variabilidad en el uso de la Buscapina en los cinco hospitales de nuestra provincia -Conocer indicaciones y posología recomendadas por la evidencia científica. METODOS: Entrevistamos a matronas de los distintos hospitales de la provincia. Revisión de la bibliografía disponible en las principales bases de datos y en otras fuentes científicas. RESULTADOS: Los datos obtenidos tras entrevistar a varias matronas de cada hospital muestran que no existe criterio unificado respecto al uso del medicamento. Existe variabilidad tanto en la dosis como en la manera de administración. Lo que sí es común es el uso de la vía intravenosa y el utilizarla ante rigidez cervical. En cuanto a los datos resultantes de la revisión de la bibliografía encontramos: 1.La dosis y forma de administración de Buscapina varían de un estudio a otro. En dos de ellos la vía es rectal y se administran 20mg y 10mg. En otros tres estudios, el medicamento se administra vía intravenosa sin especificar dilución. En dos de ellos utilizan 20mg mientras que en el restante se utiliza 40mg 2.Los estudios revisados concluyen que con la utilización de Buscapina se obtiene una dilatación cervical más rápida y un visible acortamiento de la primera fase del parto 3.En tan solo un estudio su administración está relacionada con el alivio del dolor. Observaron una reducción del 36% usando la Escala Visual Analógica (EVA). 4.En ningún estudio evidenciaron efectos adversos fetales ni maternos a corto plazo derivados del uso del medicamento. 5.Ni las guías NICE ni la Guía de Atención al Parto Normal del SNS refieren el uso de Buscapina intraparto. DISCUSION: •El uso de la Buscapina, aún formando parte de las rutinas hospitalarias, es más empírico que científico. Se observa gran variabilidad en la forma de administración y ausencia en protocolos y guías de práctica clínica. •Por su efecto espasmolítico sobre la musculatura cervicovaginal se evidencia una dilatación más rápida lo que se traduce en un acortamiento de la primera fase del parto. •Es un elemento a tener en cuenta ante casos de enlentecimiento o detención de la dilatación. •Su uso debe individualizarse y restringirse a aquellos casos en los que tras emplear técnicas menos invasivas no se consiga un adecuado progreso de la dilatación. •No podemos recomendar su uso como método para alivio del dolor. •Sería de interés realizar un estudio que compare las distintas formas de utilización con el objetivo de evaluar la más eficaz.



P-153.- ALTERNATIVAS ANALGESICAS A LA EPIDURAL.

JIMÉNEZ-RUZ A, NARANJO-ARIZA MI, HURTADO-ALGAR EM, JIMÉNEZ-LEBRÓN R.

H.U. REINA SOFIA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Examinar que metodos son mas efectivos para el control del dolor del trabajo de parto. **METODO:** Para realizar este trabajo se ha llevado a cabo una busqueda bibliografica en la base de datos de cochrane , pubmed y guia de práctica clinica de asistencia al parto normal del ministerio. **RESULTADOS:** De los documentos revisados se pueden sacar las siguientes conclusiones: - las tecnicas de relajacion, yoga, la acupuntura pueden producir un alivio del dolor durante el trabajo de parto. - la inyeccion de agua esteril es un metodo eficaz para el alivio del dolor en la zona lumbar (aunque se le debe informar a la mujer que es molesta la tecnica) - tecnicas como la hidroterapia, musicoterapia y el masaje son metodos mas efectivos para el alivio del dolor en fase latente. - sobre la aromaterapia y tens no hay estudios suficientes que demuestren su eficacia. **DISCURSION:** El alivio del dolor es una de las grandes misiones de la matrona. Hoy en dia existe la opcion de la analgesia epidural pero no todas las mujeres pueden beneficiarse de ella, bien porque este contraindicada otras veces porque falla, tambien en aquellos casos en los que no llega a tiempo o simplemente que la señora no desea este tipo de analgesia y desean metods alternativos. Por este motivo es importante que la matrona los conozca, sepa cuales son mas efectivos y tenga las habilidades y destrezas sufucientes para llevarlo a la practica ya que pueden mejorar la percepcion del dolor y la satisfaccion de la mujer. Por ultimo resaltar que son tecnicas inocuas, baratas y de facil aprendizaje(algunas) y por ello podrian trabajarse en la educacion prenatal y pueden ser aplicadas e indicadas por la matrona de manera independiente.



P-154.- ATENCION SOCIOSANITARIA ANTE LA DIVERSIDAD CULTURAL EN EL PARITORIO.

NOGALES-MORENO AB*, CARRIÓN-RUS P, LÓPEZ-MARÍN R, FRUTOS-MOLINA D, CORTINA-VICTORIA M, LLANES-SAURA A.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA.

RESUMEN.

En los últimos años, España está siendo uno de los principales países receptores de un gran número de inmigrantes procedentes de varios países en busca de mejores perspectivas de futuro. Esto supone un reto para las matronas en los paritorios, ya que la mayoría de éstas mujeres se encuentra en edad fértil, y debe ser nuestro propósito el valorar y comprender los aspectos culturales y costumbres que influyen en los procesos del embarazo, parto y puerperio. Estos conocimientos, nos permitirán estar en mejores condiciones de proponer modelos de servicios de salud más cercanos a la realidad cultural.

OBJETIVOS: - Analizar la influencia de la cultura de la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio. - Determinar cómo viven las mujeres inmigrantes este proceso en un ambiente extraño y las consecuencias que de ello derivan. - Conocer en qué medida los profesionales sanitarios tienen en cuenta los factores culturales. **MÉTODOS:** Revisión bibliográfica de la literatura existente a través de distintas bases de datos sociosanitarias y antropológicas: Cuiden, Medline, Scielo, Fundación Index, Cochrane, Cuidatge, Instituto Nacional de Estadística y Cindoc; y de revistas como Nure Investigación, Csic y Aibr.

RESULTADOS: Sobre el planteamiento propuesto se encuentra que el número de mujeres inmigrantes en los paritorios españoles va en aumento y que, a pesar de ello, la percepción de la atención recibida por parte de estas mujeres no es muy satisfactoria. Se han encontrado especificidades culturales en cuanto a diversos aspectos de esta atención, como el sentido del pudor en estas mujeres, la preferencia de la figura femenina como asistente obstétrica, la percepción del dolor, la predilección por algunas posturas durante el expulsivo y la aceptación por el parto medicalizado. **DISCUSION:** Según los distintos artículos consultados podemos concluir que, a pesar de que los profesionales sanitarios conocemos cómo estos aspectos culturales influyen en el modo que la mujer inmigrante vive este proceso, aún no son del todo respetados y en ocasiones son origen de incompreensión y surgen conflictos culturales en las salas de partos que influyen negativamente en estas mujeres y las llevan a situaciones de ansiedad y miedo.



P-155.- REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: EFECTIVIDAD DE LAS ISOFLAVONAS EN EL SÍNDROME CLIMATÉLICO.

MENÁRGUEZ A*, FERRANDINI M, ROMERO S, CEREZO A, GONZALEZ D, MENÁRGUEZ ME. HUVA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: - Conocer la efectividad de las isoflavonas en los síntomas vasomotores y genitourinarios. - Conocer la seguridad de las isoflavonas. METODO: Búsqueda bibliográfica sistemática en las bases de datos médicas. RESULTADOS: 1. En relación al alivio de los sofocos, la terapia hormonal sigue siendo la alternativa más eficaz. Existen ensayos que avalan con un nivel de evidencia B la eficacia de las isoflavonas, aunque también hay ensayos que no encuentran eficacia superior a placebo. 2. Existen datos insuficientes que evidencien la eficacia de las isoflavonas sobre otros síntomas del síndrome. No hay evidencia de mejoría en el trofismo vaginal. En relación a la osteoporosis, el uso de isoflavonas mejoran diversos parámetros del hueso y disminuyen las fracturas. En cuanto a la protección cardiovascular, señala una ligera disminución del colesterol total y LDL y mejor balance HDL/LDL. 3. Se considera a las isoflavonas un tratamiento seguro y con buena tolerabilidad. Los efectos secundarios son muy infrecuentes, siendo los gastrointestinales leves los más habituales. DISCUSION: La fitoterapia ha irrumpido con entusiasmo en la Ginecología, la introducción de este recurso terapéutico no está exento de polémica. De manera habitual, las matronas en la consulta de atención al climatelio, detectamos sintomatología propia de la menopausia fácilmente revertible, con el asesoramiento adecuado. La revolución científica en torno al hallazgo de los beneficios de la soja en el manejo de fase aguda de los síntomas vegetativos del climatelio ha supuesto la comercialización de diversos productos derivados de ésta: medicamentos, complementos vitamínicos, incorporación de la soja a alimentos tales como lácteos... y la implementación de su uso auspiciada por las sociedades científicas y las instituciones. Sin embargo, de manera tradicional, la fitoterapia ha sido una opción circunscrita a las herbolisterías y, los remedios naturales no han formado parte de la elección terapéutica del clínico. Por estos motivos, los profesionales sanitarios requieren de un consenso en fitoterapia, para dar respuesta a las usuarias y subsidiarias de sus beneficios, y dar luz a las discrepancias en los resultados de los estudios a este respecto.



P-157.- LACTANCIA DURANTE EL EMBARAZO Y LACTANCIA EN TÁNDEM.

REALES-FERRER E, ROMERA-DE PACO GM, SÁNCHEZ-SÁNCHEZ FC, GÓNGORA-JIMÉNEZ MV, PALOMINO-SALVADOR PA, CONESA-AGÜERA A.

HOSPITAL RAFAEL MENDEZ.

RESUMEN.

INTRODUCCIÓN: Actualmente existen muchos prejuicios sobre el hecho de amamantar durante un nuevo embarazo, basados fundamentalmente en la creencia de que podría provocar abortos o partos prematuros. Muchas mujeres, se enteran del nuevo embarazo cuando aún están amamantando a otro hijo y consultan con las matronas de atención primaria ante la duda de seguir o no con la lactancia materna, en numerosas ocasiones angustiadas, fruto de tales prejuicios. Es entonces, cuando la matrona debe poner al alcance de la nueva gestante una información clara y adaptada a las necesidades de dicho momento, así como asesorarlas y guiarlas ante esta nueva "aventura", pues en muchas ocasiones se sentirán incomprendidas e incluso tachadas de locas en una sociedad en la que la lactancia materna llevada más allá de los seis meses de vida no tiene mucho sentido. OBJETIVOS: Poner al alcance de las matronas información básica a cerca de la lactancia durante el embarazo y tras el mismo. MATERIAL Y METODO: Revisión bibliográfica. DESARROLLO: La lactancia en tándem se produce cuando una madre que está dando de mamar a un hijo, se queda de nuevo embarazada y continúa con la lactancia durante todo el embarazo y ésta continúa cuando nace el nuevo hijo, dándoles de mamar a ambos. Está científicamente demostrado que el solapamiento de embarazo y lactancia no afecta negativamente al desarrollo fetal, no existiendo así mismo evidencia científica de que aumente las probabilidades de sufrir abortos o partos prematuros. La lactancia en tándem no priva al recién nacido de los beneficios del calostro y además disminuye la pérdida de peso del recién nacido a la vez que el hermano mayor disfruta de los beneficios del calostro, existiendo una mejor adaptación entre hermanos. Algunas mujeres abandonarán la lactancia durante el embarazo debido a la extrema sensibilidad de sus pezones, en otros casos, será el propio niño el que se destete debido a cambios en la composición de la leche, y otras tantas continuarán con la lactancia durante todo el embarazo y cuando nazca el nuevo bebé, amamantará a ambos. En cada una de las opciones, la matrona debe ser el profesional de referencia que aconseje e informe a la mujer. Así mismo, su actitud positiva y respetuosa ante la decisión de la madre, mejorará la comunicación y el nivel de satisfacción.



P-159.- LA SEXUALIDAD EN LA LACTANCIA MATERNA.

CONESA-AGÜERA A, GARCÍA-GÓMEZ AM, PADILLA-CASAÚ C, REALES-FERRER E, ROMERA-DE PACO GM, SÁNCHEZ-SÁNCHEZ FC.

HOSPITAL RAFAEL MENDEZ.

RESUMEN.

OBJETIVOS: -Informar sobre los cambios físicos y psicosociales que se producen en el puerperio y la lactancia materna y que pueden influir en la sexualidad. -Eliminar miedos, mitos y tabúes de la lactancia materna y la sexualidad. -Reflexionar acerca del papel de las matronas en la educación sexual durante el puerperio, y más concretamente en las mujeres que lactan. METODOS: Revisión bibliográfica para la cual se han consultado bases de datos como Medline, Cochrane, Cuiden y Scielo. RESULTADOS: Los trabajos revisados al respecto nos muestran los cambios físicos, psicoemocionales y sociales que se producen en el puerperio y con la lactancia materna, y que pueden afectar a la sexualidad. Entre los cambios físicos que se producen en la mujer encontramos grandes variaciones a nivel hormonal, que van a condicionar una serie de cambios en la respuesta sexual, como son el aumento de prolactina, oxitocina y progesterona, y la disminución de estrógenos y testosterona. Además pueden existir otras molestias como las hemorroides, la episiotomía y el cansancio que afectan también en las relaciones sexuales. Las relaciones sexuales tienen un componente psicoemocional y social importantes. El problema de nuestra sociedad es ver el concepto de la sexualidad siempre ligada a lo genital. Son muchos los miedos, mitos y tabúes sobre la lactancia que impiden a las mujeres que lactan disfrutar de su sexualidad: temor a que la actividad sexual afecte a la lactancia, miedo a sentir placer "sexual" al dar el pecho al bebé, temor a que se produzca eyección de leche durante la excitación sexual, dificultad para compatibilizar la imagen de los pechos como fuente de alimento para el bebé y como elemento erótico. DISCUSION: Es de vital importancia el papel de la matrona en el periodo puerperal con el fin de asesorar a las parejas en la reanudación de su actividad sexual tras un acontecimiento tan relevante como es el ser padres. Hay que destacar que la sexualidad postparto vendrá determinada por la peculiaridad y el deseo de cada pareja, pero es importante que las matronas proporcionen información veraz entorno a la sexualidad en el puerperio y la lactancia materna, para así contribuir a eliminar mitos y falsas creencias que aumentan el estrés en la pareja e impiden afianzar la lactancia materna. Podemos concluir, que ante la existencia de las necesidades sexuales que presentan las mujeres lactantes, y los escasos estudios realizados en nuestro país, sería interesante seguir investigando sobre el tema.



P-160.- LA LECHE MATERNA PARA LA CURA DEL CORDÓN UMBILICAL.

ZAPATA-VALERA M, BURRIEZA-NUÑO MD, CARDENAS-DE COS C.

HOSPITAL NTRA SRA DEL ROSELL.

RESUMEN.

OBJETIVO: Revisar la evidencia científica disponible sobre el tratamiento del cordón umbilical en función de las características de cada recién nacido. **MATERIAL Y METODO:** Revisión bibliográfica a partir de diferentes bases de datos entre ellas, Cochrane y Pubmed. **RESULTADOS:** Es lógico afirmar que la prolongación del tiempo de caída del CU incrementa el riesgo de infección. El estudio estandarizado iraní dirigido por Mousa Ahmadpour-Kacho, es el primer estudio en el que se introduce la leche materna como antiséptico y compara la cura en seco con los diferentes antisépticos en relación con el tiempo de caída del cordón, obteniendo los siguientes resultados: Tipo de cura Tiempo de caída (días) Sulfadiacina de plata $10,45 \pm 3,62$ Cura en seco $6,58 \pm 2,16$ Alcohol 70° $6,41 \pm 1,95$ Leche Materna $5,16 \pm 1,79$ **DISCUSION:** La Asociación Española de Pediatría recomienda la cura en seco del CU dada la escasa incidencia de infecciones en nuestro medio (vacunación del tetanos), si ha habido higiene en el parto y asepsia para cortar el cordón, frente al uso de antisépticos. Un estudio reciente, sin embargo, introduce una nueva línea de cura del cordón umbilical hallando excelentes resultados en el uso de la leche materna como un potente antiséptico.



P-161.- MÉTODO CANGURO: ABRAZAME, ALIMENTAME, AMAME.

GÓNGORA-JIMÉNEZ MV, CONESA-AGÜERA A*, ROMERA-DE PACO GM, PADILLA-CASAU C, PALOMINO-SALVADOR PA.

HOSPITAL RAFAEL MENDEZ.

RESUMEN.

OBJETIVO: Informar a las matronas acerca de los beneficios del método canguro, así como la forma de llevarlo a cabo de forma segura, para optimizar la calidad de los cuidados. **MATERIAL Y METODO:** Revisión bibliográfica acotada entre los años 2000 y 2012 consultando bases de datos como Cuiden, Medline, Cochrane y Scielo. **RESULTADOS:** Los resultados que nos muestran los estudios científicos consultados acerca de los beneficios del Método Madre Canguro(MMC), en relación al recién nacido existe una mejor termorregulación, aceleración de la adaptación metabólica, reducción de los episodios de apnea y de bradicardias, respiración regular y profunda, reducción del estrés, aumento de la prevalencia de la lactancia materna, menor riesgo de infecciones, mayor ganancia de peso, mejora el patrón del sueño aumentando los periodos de reposo, reducción de la estancia hospitalaria. La posición canguro favorece la recepción de estímulos positivos que van a facilitar la adecuada organización cerebral y mejorar la evolución posterior. En cuanto a ventajas para los padres, al practicar MMC se promueve el vínculo afectivo madre/padre-hijo, disminuyendo así la ansiedad de los padres, aumentando su confianza y participación en los cuidados. Podemos destacar entre los resultados obtenidos la existencia de una serie de recomendaciones para practicar de forma segura éste método. **DISCUSION:** El cuidado canguro es un método eficaz y fácil de aplicar con múltiples beneficios demostrados en diversos estudios, como es la mejora de los signos fisiológicos, fomentando la salud y el bienestar del recién nacido a la vez que favorece el apego de los padres y su implicación en el cuidado del bebé, con lo que se realiza una atención holística y se integra a los padres en nuestro objeto de cuidado. A pesar de las recomendaciones y la evidencia existente acerca de la separación de la madre y del bebé que tiene efectos patológicos y produce malestar y sufrimiento en ambos y de las ventajas del MMC, siguen existiendo barreras en el acceso de la familia a las unidades neonatales y en el papel que desempeñan los padres en la unidad que tiende a ser pasivo, como mero observador y sin participar activamente en el cuidado de su hijo. El MMC busca ofrecer un servicio de salud humanizado de alta calidad al binomio madre-hijo, es imperativo brindar al neonato la mejor calidad de cuidado, no solo desde el punto de vista biomédico y tecnológico, sino también desde una perspectiva psicológica, emocional y humana.



P-162.- LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, EL COMIENZO DE UN PROYECTO.

PALOMINO-SALVADOR PA*, CONESA-AGÜERA A, GARCÍA-GÓMEZ AM, PADILLA-CASAÚ C, REALES-FERRER E, ROMERA-DE PACO GM.

HOSPITAL RAFAEL MENDEZ.

RESUMEN.

OBJETIVOS: General: Determinar la duración de la lactancia materna exclusiva en el Área III de salud de la Región de Murcia durante el año 2013. Específicos: -Describir la duración de lactancia materna exclusiva al alta del hospital, al segundo mes, al cuarto mes y al sexto mes postparto. -Detallar la influencia de diferentes variables en la duración de la lactancia materna exclusiva. -Conocer las causas objetivas y subjetivas del abandono de la lactancia materna exclusiva. MATERIAL Y METODO: Proyecto de investigación de corte cuantitativo observacional descriptivo transversal, realizado en el Área III de Salud del Servicio Murciano de Salud, basado en describir la duración de la lactancia materna exclusiva. RESULTADOS: Tenemos como referencia los resultados del Área de Salud I de Murcia, que durante 2010, la lactancia materna exclusiva a los seis meses se situó en el 50 % de las mujeres, mientras que en 2006 era del 33 %, según datos facilitados por la Consulta de Lactancia Materna del Hospital Universitario Virgen de La Arrixaca. La duración media de lactancia materna exclusiva en 2009-2010 fue de 83 días, frente a los 63 días de 2006-2007. DISCUSION Y CONCLUSIONES: Actualmente a pesar de los conocimientos que se tienen acerca de la lactancia materna y de los múltiples esfuerzos que se están realizando, más de una generación de mujeres no ha amamantado a sus hijos, interrumpiendo la transmisión de conocimientos y perdiendo la cultura del amamantamiento, puesto que como hemos comentado anteriormente es un proceso filogenético para el recién nacido, es decir un proceso innato, pero para la madre existe un importante componente cultural que al no transmitirse de una generación a otra, las mujeres actuales carecen de recursos para ser protagonistas en este proceso de crianza, reforzado por una sociedad en la que nos regimos por el tiempo, en la que los partos son intervencionistas, la publicidad subliminal, profesionales con escasa formación al respecto; todo esto hace que una mujer que quiere lactar deba vencer esta corriente tan poderosa que conduce nuestra sociedad occidental. Teniendo en cuenta los resultados de diversos estudios sobre prevalencia de lactancia materna exclusiva en la Región de Murcia, y las actuales recomendaciones de las instituciones mundiales competentes, llegamos a la conclusión de que es necesario establecer un punto de partida en cuanto a la duración de la lactancia materna exclusiva en nuestra Región, para actuar en consecuencia.



P-163.- EL ROL DE LA MATRONA FRENTE A "LA LECHE INSUFICIENTE".

GARCÍA-HERNÁNDEZ MC, LÓPEZ-LÓPEZ MI*.

HOSPITAL RAFAEL MENDEZ.

RESUMEN.

Tanto la OMS como UNICEF recomiendan amamantar exclusivamente a los niños hasta los 6 meses de edad. Sin embargo, sólo una pequeña proporción de niños son amamantados exclusivamente unas pocas semanas, ya que las madres, a menudo introducen comidas y bebidas complementarias precozmente. La razón más importante es que las madres consideran que no tienen leche suficiente o que la calidad de su leche es mala, cuando lo que es cierto, es que casi todas las madres pueden producir leche suficiente para uno e incluso dos niños, siempre que éste succione eficazmente y tome el pecho tan a menudo como él quiera. Para ello, es necesario explicar a las madres cuales son las ventajas de la lactancia materna exclusiva y los peligros de los complementos innecesarios, reforzar la confianza de la madre asegurándole que ella puede producir suficiente leche y ayudarla a mejorar el agarre del niño al pecho. Las madres que piensan que no tienen leche suficiente necesitan el apoyo y consejo de su matrona, que es el profesional más cualificado para asesorarla en lactancia materna. Nosotras, como profesional experto en lactancia debemos comprobar siempre 3 aspectos importantes para garantizar el éxito de la lactancia materna: 1. Ver si el niño está obteniendo leche suficiente o no: a) Por lo que hay que observar si el niño está por debajo de su peso de nacimiento. b) Número de micciones al día. c) Otros signos como: El niño no queda satisfecho tras la toma, llora a menudo, quiere **tomas frecuentes...** 2. Si el niño no está obteniendo leche suficiente, tenemos que saber el por qué 3. Que la posición del RN al pecho sea correcta. Todo ello, para conseguir, por parte de la matrona ayudar a la madre y al niño a conseguir una lactancia exitosa y así garantizar la satisfacción de la madre al poder dar el pecho a su hijo.



P-165.- MAMAR CONOCIMIENTOS DESDE LA INFANCIA.

PADILLA C, REALES E, ROMERA G, SÁNCHEZ F, GÓNGORA M, PALOMINO P.

HOSPITAL RAFAEL MÉNDEZ.

RESUMEN.

OBJETIVO: Conocer el tipo de juguetes que existen en el mercado influyentes sobre el tipo de lactancia, ya sea materna o artificial. **METODO:** Búsqueda de muñecas y complementos en los que esté implícita la lactancia artificial o materna, en folletos sobre papel y vía Web de los principales comercios especializados en juguetes pertenecientes al Área III de Salud. Como en esta búsqueda sólo conseguimos encontrar influencias sobre lactancia artificial, indagamos más allá y realizamos una exploración vía Web sobre juguetes relacionados con lactancia materna. **RESULTADOS:** Actualmente en el mercado infantil sólo hay un muñeco (Bebé Glotón) que educa en lactancia materna, todos los folletos están inundados con muñecos que ya incluyen el biberón, y además también se pueden adquirir por separado. En el póster aparecerán los resultados de la búsqueda realizada, clasificados en dos grupos, influyentes sobre la lactancia materna contra influyentes sobre lactancia artificial. **CONCLUSIÓN** A finales del siglo XIX se introducen los sucedáneos en la alimentación infantil dando lugar a la pérdida de la cultura del amamantamiento, pero afortunadamente durante los últimos años se han publicado estudios apoyando los innumerables beneficios de la lactancia materna y redescubriendo el arte de amamantar. Actualmente aún está muy instaurada la lactancia artificial, pero es necesario que la sociedad se conciencie sobre la importancia de la lactancia materna y se normalice como la forma de alimentar, amamantar es lo más natural. Una madre amantando debería ser bienvenida en cualquier lugar. Para hacer consciente a la sociedad se debería comenzar desde la infancia, los niños deberían saberlo y tomar consciencia, ya que en esta etapa comienzan a instaurarse las actitudes. Los niños aprenden mediante el juego, el juego es una fuente de conocimiento, y mediante este juego simbólico asientan las bases de su futura conducta. Las muñecas con las que juegan nuestros hijos/as se acompañan de un biberón, juegan a ser papas y mamas cuidando y alimentando con biberones a sus muñecos. Deberíamos plantearnos cual es el mensaje que reciben al no ofrecer en el mercado muñecas que amamanten. Puesto que de lo que se juega también se aprende, si nuestras niñas jugaran a amamantar, cuando en el futuro sean madres no se plantearían si dar el pecho, lo tendrían integrado como una función más de la maternidad.



P-166.- PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA A TRAVÉS DEL CONTACTO PRECOZ MADRE E HIJO POST-CESÁREA.

ESPINOSA M*, FERNÁNDEZ M, MOHAMED I, RAMÍREZ A, RODRÍGUEZ L, VÁZQUEZ J.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CEUTA.

RESUMEN.

OBJETIVO: Mostrar la evidencia disponible sobre el contacto precoz madre e hijo en los primeros minutos de vida tras las cesáreas, con el fin de favorecer el inicio y mantenimiento de la lactancia materna. METODO: Realizamos búsqueda y análisis de los artículos científicos, revisiones sistemáticas, recomendaciones de organismos oficiales, guías de práctica clínica y protocolos disponibles, desde 2008 hasta junio de 2012, a través de las bases de datos de Cochrane, Pubmed, Scielo y Scopus, sobre el contacto precoz madre e hijo y su relación con el inicio y mantenimiento de la lactancia materna. RESULTADOS: tras la revisión de la literatura científica, hemos encontrado evidencias que apoyan la realización del contacto piel con piel tras la cesárea en los primeros minutos de vida del recién nacido, con el fin de favorecer el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna. Esta práctica mejora el vínculo afectivo madre e hijo y establece de forma precoz la primera succión, aumentando significativamente la prevalencia de lactancia materna a los 2-3 meses. En los primeros minutos tras el nacimiento el recién nacido se encuentra en su primer momento de reactividad y la madre, debido a la anestesia epidural, no siente dolor; por lo que sería el momento idóneo para llevar a cabo esta práctica. DISCUSION: los resultados de nuestra revisión demuestran los beneficios de esta práctica sobre la lactancia materna, a pesar de ello en la mayoría de los hospitales de nuestro entorno no existen protocolos que incluyan esta práctica. Por ello nos parece oportuno y necesario el fomento del contacto piel con piel madre e hijo en quirófano y en las unidades de recuperación post-quirúrgica de todos los hospitales.



P-167.- EL EAL (EPISODIO APARENTEMENTE LETAL) DURANTE EL CONTACTO PIEL CON PIEL. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.

PÉREZ-SÁNCHEZ MD*, GONZÁLEZ-FUENTE LJ, CASTRO-ALONSO V, ALONSO-DÍAZ-CANO AM, FERRERAS-GARCÍA M, MARTÍNEZ-FERNÁNDEZ D.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.

RESUMEN.

INTRODUCCIÓN: El contacto piel con piel ha demostrado importantes beneficios para la madre y el hijo, y está ampliamente extendido. En nuestro Hospital, tras la implantación de esta práctica, se nos ha presentado un Episodio Aparentemente Letal (EAL) tras un parto eutócico, a término, con recién nacido con Apgar 9/10 y sin factores de riesgo aparentes. Las graves consecuencias que puede conllevar, la necesidad de actuar de forma urgente y la posibilidad de evitarlo, nos han llevado a realizar una revisión de las fuentes de información sobre este evento. **OBJETIVOS:** Identificar evidencia científica para el episodio aparentemente letal del recién nacido en contacto piel con piel durante las dos primeras horas de vida. Conocer los factores de riesgo implicados en el EAL. Analizar las medidas de prevención necesarias. **MÉTODOS:** Revisión sistemática. Búsqueda bibliográfica mediante formato PICO. Definimos DECAs- MeSH. Realizamos búsqueda en los últimos diez años en las siguientes bases de datos: Biblioteca Virtual de la Salud, PubMed, LILACS, Cochrane library plus, JBI Connet, Cuiden; restricción de idiomas español, inglés y francés. Selección según diseño (revisiones sistemáticas, guías de práctica clínica basadas en evidencias, estudios descriptivos transversales y estudio de casos), y criterios de calidad y homogeneidad metodológica evaluados con el cuestionario de evaluación: CASPe. Variables consideradas: factores de riesgo que aumentan la incidencia del EAL. **RESULTADOS:** El EAL tiene una incidencia baja, pero en ocasiones con consecuencias importantes si no se actúa de forma rápida. Los factores de riesgo son: contacto piel con piel, primiparidad, posición prono, madres solas en sala de partos, periodo neonatal del minuto 30 al 60 de vida y falta de vigilancia directa por parte del profesional. **DISCUSIÓN:** Nuestro resultado principal indica que conociendo los factores de riesgo del EAL, las medidas que se deben tomar para prevenirlo y la actuación precoz en caso de que se produzca aumentan la seguridad del recién nacido en contacto piel con piel.



P-168.- NOVEDADES EN COMPONENTES BIOACTIVOS DE LA LECHE MATERNA: EL MEJOR ALIMENTO FUNCIONAL.

CONDE-PUERTAS E, MARÍN-ALONSO A*, HERNÁNDEZ-HERRERIAS I, LUQUE-LÓPEZ E, MUROS-NARANJO MC.

HOSPITAL LA INMACULADA. HUERCAL-OVERA.

RESUMEN.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La leche materna ejerce una influencia decisiva no solo durante el periodo de lactancia sino también en la salud a largo plazo, gracias al aporte de una serie de componentes bioactivos que afectan a diferentes procesos biológicos, interviniendo en el óptimo desarrollo físico e intelectual del niño, así como en la disminución de la incidencia de enfermedades futuras. El objetivo del presente trabajo es describir la presencia y propiedades de los compuestos bioactivos descubiertos en los últimos años en la leche materna. **MATERIAL Y METODOS:** Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Medline, Trip Database y Cochrane con las palabras clave: breast milk y bioactive components. **RESULTADOS:** Dentro de la fracción proteica de la leche destacan por su efecto bioactivo las proteínas del suero, por la liberación de péptidos con actividad biológica y otros efectos generales como la inmunoestimulación. Entre ellas, la lactoferrina, además de favorecer la absorción del hierro, tiene función antimicrobiana, antiviral y antiinflamatoria. Las poliaminas y nucleótidos son relevantes en la maduración del sistema inmune intestinal y éstos últimos, juegan un papel clave en la inmunomodulación. Está claramente establecido que la leche humana contiene numerosos factores del crecimiento y hormonas, muchas de ellas involucradas en el control de la ingestión de alimentos y regulación del peso corporal, interviniendo en el control del balance energético. Otros componentes importantes con actividad biológica son los ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga (AGP-LC), componentes esenciales de las membranas del cerebro y retina, que intervienen en el desarrollo neurológico y agudeza visual del niño y los oligosacáridos, con un doble papel antiinfeccioso y bifidogénico. Éste efecto bifidogénico es también ejercido gracias a la presencia de determinadas cepas bacterias encontradas de forma natural en la leche humana. **DISCUSION:** La Leche Materna aporta una serie de componentes de naturaleza muy distinta que afectan a los procesos fisiológicos e influyen en la salud del individuo, funcionando como el mejor de los alimentos funcionales. Precisamente, las diferencias observadas entre los niños alimentados con fórmula y los alimentados con leche materna, se debe, en parte, a estos compuestos con actividad biológica, ya que no se encuentran en las leches de fórmulas o están en concentraciones diferentes a las de la leche materna.



P-169.- LACTANCIA MATERNA Y COLECHO.

MARTIN-MARTOS VR, RUIZ-CHUMILLA MA, ORENES-BELLIDO MA, PICÓN-CARMONA M, GARRIDO-CARREÑO R, PAGAN-MARÍN L.

HU VIRGEN DE LA ARRIXACA.

RESUMEN.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO "Colecho" hace referencia a aquellas situaciones en las que un niño duerme en la misma estancia que sus padres, bien en la misma cama o en mobiliario diferente (habitualmente una cuna). En nuestro estudio nos centraremos más concretamente en la forma de "colecho" en la cual el niño comparte la cama materna y la relacionaremos con la lactancia materna. En los últimos años se ha vuelto a introducir la práctica del colecho en la cultura occidental, inducido por nuevas corrientes de pensamiento como los partidarios de la crianza con apego o las asociaciones pro lactancia materna, las que consideran el colecho un aspecto importante para la continuidad de la lactancia materna. En ese sentido, hemos considerado importante realizar un análisis de la bibliografía al respecto para determinar los posibles beneficios Vs controversias que pudieran derivarse del colecho asociado a la lactancia materna y que justifique la recomendación de esta práctica. **MATERIAL Y METODOS:** La búsqueda bibliográfica se ha llevado a cabo en Pubmed; Embase; Tripdatabase; Cochrane, utilizando los términos "cosleeping OR bedsharing AND "breastfeeding" de los que se ha seleccionado un documento de consenso de 2008 de la "Academy of Breastfeeding Medicine", en cuanto a la relación entre la lactancia materna y el compartir la cama con la madre; una guía de práctica clínica sobre cómo conseguir un entorno seguro para el sueño de los niños de 0 a 12 meses; una revisión sistemática publicada en 2007 sobre los beneficios y riesgos del "colecho"; un estudio de cohortes en los que se investigó los patrones de "colecho", las características asociadas a dicho patrones, y su relación con la lactancia materna desde el nacimiento hasta los 4 años; otro estudio de cohortes en el cual se relaciona el "colecho" y la lactancia materna en niños de 0 a 3 meses de vida; y una evaluación crítica de este último estudio. **RESULTADOS Y DISCUSION:** De los documentos seleccionados, y en relación a la lactancia materna, se desprende que es posible que exista una asociación positiva (en cuanto a una mayor tasa de lactancia materna y una lactancia más prolongada en los niños que comparten cama con la madre), pero ninguno de ellos ha podido establecer una relación causa efecto. Se sugiere, por último, que es necesario conocer **cuales son las prácticas de "colecho" seguro para** poder aconsejar a las madres que deseen practicarlo por convicciones propias o culturales.



P-170.- EL VÍNCULO AFECTIVO: NO ROMPAMOS LA CADENA.

ROLDÁN A*, ROÉ T, LOSADA FJ, BASTEIRO E, ARRANZ A.

HOSPITAL CLINIC DE BARCELONA. SEU MATERNITAT.

RESUMEN.

OBJETIVOS: -Fomentar la creación y mantenimiento del vínculo afectivo padres-hijo en la gestación, parto y puerperio. -Proporcionar herramientas y conocimientos a la pareja para fortalecer el vínculo. -Obtener información por medio de una encuesta si los cambios implantados apoyan los objetivos anteriores. **MÉTODOS:** -Durante la gestación, realización de actividades que incluyan a la pareja: charlas de preparación al nacimiento, cursos sobre masaje y esferodinamia. -En Urgencias, la madre se visita acompañada por su pareja. -En el parto, presencia continuada del acompañante en todas las actividades (analgesia, expulsivo, pruebas de bienestar fetal). - En casos de cesárea la mujer está acompañada en todo el proceso dentro de quirófano. -En el puerperio inmediato, no separar a los padres del neonato durante los primeros cuidados (reanimación, peso, identificación). - Implantación programa de asistencia en domicilio a partir de las 8h. -Realización de una encuesta de satisfacción en el momento del alta con preguntas relacionadas con la mejora del vínculo. **-RESULTADOS:** - Aumento de la satisfacción de la pareja y la percepción de la calidad asistencial. -Aumenta la seguridad en la madre. -Mejora del vinculaje padres-hijo al alta, incremento del conocimiento mutuo: los padres se sienten más "preparados". **DISCUSION:** La implantación en nuestro Servicio de medidas de inclusión de la pareja en la atención a la mujer gestante durante todo el proceso, ha demostrado ser un elemento de satisfacción en la percepción del nacimiento, de seguridad para la mujer y de creación y asentamiento del vínculo afectivo precoz. Debemos seguir mejorando estas medidas en la utilización de distintos procedimientos como la analgesia epidural. Queda pendiente el resultado final de las 70 encuestas realizadas.



P-171.- PAPEL DEL MISOPROSTOL EN LA HPP PRIMARIA. UNA REVISIÓN.

ROMERO-RODRÍGUEZ S*, MENÁRGUEZ-LUQUE A, FERRANDINI-PRICE M, CEREZO-MUNUERA A, GONZÁLEZ-SALAS D, ROMERO-RODRÍGUEZ A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR.

RESUMEN.

Introducción Alrededor de 500.000 mujeres mueren al año en el mundo por causas relacionadas con el embarazo y el parto. Un cuarto de estas muertes son causadas por hemorragia puerperal primaria. Se define la hemorragia puerperal (HPP) primaria como aquella mayor o igual a 500ml del tracto genital en las primeras 24 horas postparto. Las consecuencias más importantes de la HPP primaria son el shock hipovolémico, la coagulación intravascular diseminada, la insuficiencia renal y hepática y el síndrome de dificultad respiratoria del adulto. Tratamiento: uterotónicos o primera línea de intervención e intervenciones quirúrgicas o segunda línea. OBJETIVOS: Determinar la mayor eficacia del misoprostol sobre la combinación ergometrina/oxitocina. METODO: Revisión bibliográfica clásica, se realizaron búsquedas en las bases de datos PUBMED, COCHRANE y CUIDEN. RESULTADOS: Los ensayos clínicos del tratamiento con uterotónicos incluidos en esta revisión, evaluaron el misoprostol como una opción al tratamiento de primera línea convencional, o como un tratamiento complementario adicional. Todos ellos examinaron el lugar del misoprostol en el tratamiento de la HPP primaria. No hubo registros de morbilidad grave ni de mortalidad. No hubo pruebas suficientes para establecer conclusiones fiables acerca del posible efecto sobre la necesidad de tratamiento de segunda línea. Se observó que el misoprostol fue superior a la ergometrina/oxitocina en el cese subjetivo de hemorragia en 20 minutos y la reducción significativa del número de mujeres que requirieron uterotónicos adicionales. El uso del misoprostol se asoció con una reducción significativa de pérdida sanguínea de 500 ml o más después del ingreso al estudio. Sin embargo, el uso adicional de uterotónicos, transfusión de sangre y evacuación de los productos retenidos no difirió entre los dos grupos. El uso del misoprostol se asoció con un aumento significativo de pirexia y temblor, la cefalea y las náuseas no difirieron entre los dos grupos. DISCUSION: En total, el tamaño de la muestra fue demasiado pequeño para evaluar el efecto del misoprostol sobre la mortalidad materna, la morbilidad grave y la histerectomía. Por consiguiente, actualmente no existen pruebas suficientes para establecer conclusiones acerca de la efectividad y la seguridad del tratamiento con misoprostol. Se necesitan ensayos controlados aleatorios grandes multicéntricos y doble ciego para evaluar el efecto de misoprostol sobre las medidas de resultados primarias.



P-172.- REEDUCACIÓN DEL SUELO PÉLVICO EN EL PREPARTO Y POSPARTO.

TORRES-MORENO V, MONTES-GONZÁLEZ I, ROSEAN-VILA R, BARRIENTOS-RODRÍGUEZ V.
CONSORCI HOSPITALARI DE VIC. ASSIR OSONA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Valorar los beneficios de la reeducación del suelo pélvico en grupos de preparación al parto y los grupos de posparto. **MÉTODOS:** Análisis descriptivo de los beneficios de la reeducación del suelo pélvico en ambos grupos. **Búsqueda** en las diferentes bases de datos. **RESULTADOS:** El suelo pélvico crece y se desarrolla durante la infancia llegando a una capacidad máxima pasada la adolescencia, lo que conocemos como reserva funcional del suelo pélvico. Esta capacidad adquirida hasta el momento, el estilo de vida, la genética, etc. La mujer tiene una probabilidad de un 11% de sufrir una disfunción del suelo pélvico, como incontinencia urinaria y/o fecal, disfunciones sexuales y prolapsos. Las disfunciones del suelo pélvico tienen una naturaleza multifactorial, por lo que es interesante entender la causa para mejorar la prevención y realizar un correcto tratamiento. La gestación y el posparto suponen una etapa de máximo riesgo en la aparición de disfunciones del suelo pélvico. Cerca de un tercio de las mujeres, sufren incontinencia urinaria, que supone un importante impacto social, ya que condiciona la calidad de vida de estas. Tanto la incontinencia urinaria como las disfunciones sexuales como la dispareunia pueden solventarse o mejorarse con la reeducación del suelo pélvico, basada en la modulación de hábitos y entrenamiento específico en programas de preparto y posparto. **DISCUSIÓN:** Es importante la búsqueda de sintomatología pélvica en la consulta rutinaria de la comadrona, ya que muchas de estas disfunciones pueden pasar desapercibidas, ya sea por pudor o por otras causas. Cada mujer tiene que buscar sus propias soluciones, en función de la patología diagnosticada y el impacto de ésta sobre su calidad de vida. Los profesionales tenemos que facilitar la información y dar herramientas para que en el momento que las necesiten puedan utilizarlas. Es importante la prevención y el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico desde la infancia, para intentar mantener la reserva funcional del suelo pélvico a largo plazo. Para finalizar creemos importante centrar esta reeducación en etapas de riesgo como son el preparto y el posparto.



P-173.- ATENCIÓN A UNA MUJER PUÉRPERA CON EPISIOTOMÍA ESFACELADA TRAS PARTO INSTRUMENTADO EN CONSULTA DE LA MATRONA DE PRIMARIA.

SÁNCHEZ-TERRER ME*, MARTÍNEZ-BIENVENIDO E, GÓMEZ-LÓPEZ A, POSTIGO-MOTA P.
CENTRO DE SALUD DE CABEZO DE TORRES.

RESUMEN.

OBJETIVOS: 1. Instaurar tratamiento en primera visita de revisión puerperal en una mujer, que tras parto inducido en semana 41 más 5 días, y finalizado con la utilización de tres instrumentos diferentes: ventosa, espátulas y forceps, y episiotomía medio lateral derecha, presenta herida quirúrgica esfacelada, hematoma perineal y puntuación de dolor en escala de valoración analógica (EVA) de 9-10. 2. Realizar seguimiento, instruir en el autocuidado de la herida tanto física como emocional generada en dicha mujer, hasta curación de las mismas. 3. Detectar la aparición de complicaciones lo antes posible para poder derivar al profesional del equipo sanitario adecuado. **MÉTODOS:** En la primera visita puerperal a los días postparto, se detecta episiotomía esfacelada y hematoma perineal. Se procede a retirada de todos los puntos, obteniendo como resultado la dehiscencia completa de la misma. Se instaura tratamiento para desbridación del tejido necrosado con desbridante enzimático a base de tripsina y quimiotripsina (Dertrase) y se instruye a su pareja y a ella misma en la realización de las curas, unas cuatro diarias. Para limpieza de la herida se le indica que se haga lavados con infusión de cola de caballo y tomillo a 37 ° C. Para tratamiento de hematoma se le indica aplicación de frío local. Para el tratamiento del dolor se le alienta a tomar antiinflamatorios cada 6-8 horas. Una vez la herida se ha limpiado por completo tras 7 días, se cambia tratamiento a pomada antibiótica con centella asiática más neomicina sulfato (Blastoestimulina). Se espacian las revisiones en consulta a cada dos o tres días. El proceso de curación se estanca a las 3-4 semanas, quedando un hojal de 1 cm x 1 cm x 1 cm que no cierra, cambiando tratamiento a miel. Tras 5 semanas sin evolución se deriva a ginecólogo quien detecta fístula vaginal, con comunicación de mucosa vaginal con parte distal de la herida. En todas las visitas se hace fotografía de la herida para ver la evolución y se incentiva a la mujer para que exprese sus emociones y sentimientos al respecto del parto y de la situación actual. **RESULTADOS:** El tratamiento empleado resultó adecuado para mejorar la situación general de la mujer. La relación terapéutica establecida aumentó la satisfacción de la mujer en el proceso y la no instauración en la desesperanza y la depresión. **DISCUSIÓN:** La actuación de la matrona de primaria en la revisión y acompañamiento temprano del puerperio es fundamental en el mantenimiento de una adecuada salud materno infantil.



P-174.- BIOMECÁNICA DE PARTO.BENEFICIOS MATERNO-FETALES ASOCIADOS A POSICIONES NO SUPINAS EN EL PARTO.

DE LA ROSA-GARCÍA A, FERNÁNDEZ-REGUERO B, SEVILLANO-LÓPEZ N, SÁNCHEZ-CALAMA A, GONZÁLEZ-DOMÍNGUEZ MJ.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.

RESUMEN.

OBJETIVO: Evaluar y determinar los beneficios y riesgos del uso de posiciones no supinas durante el trabajo activo de parto respecto a los resultados materno-fetales. Identificar los factores más determinantes en el manejo de la movilidad en el trabajo de parto. Analizar los resultados maternos-fetales observados en posiciones no supinas. METODO: Realizamos búsquedas bibliográficas en el registro de ensayos del grupo Cochrane de Embarazo y parto, y las bases de datos Pubmed y Medline con las palabras clave: "maternal position", "childbirth" and "labor stage". RESULTADO: Durante años ha habido controversia sobre si alentar a la parturienta a que use la posición que le resulte más cómoda durante la dilatación y expulsivo o mantener la posición supina. Ya en 1882, Engelmann hacía referencia a este hecho tan natural que es la libertad de movimiento. Se observa que en culturas no influenciadas por la sociedad occidental, las mujeres prefieren posiciones verticales o en decúbito lateral para el periodo de dilatación, evitando el decúbito dorsal y adoptando posturas de manera instintiva. Por otro lado en occidente, con la generalización de la asistencia médica estas tradiciones ancestrales se han perdido dando paso en la actualidad a la horizontalidad, la pasividad y el intervencionismo. Debido a este cambio en la práctica nos hemos planteado la necesidad de analizar los beneficios y riesgos del uso de distintas posiciones para el periodo de dilatación y expulsivo con respecto a los resultados materno-fetales. DISCUSION: Alentar a la mujer a que adopte la posición que le resulte más cómoda durante la dilatación. Las posiciones verticales sugieren mayor beneficio debido a factores como la gravedad, la disminución de la compresión aorta-cava y contracciones uterinas más intensas y eficientes. También se asocian a un mejor pH neonatal y a un menor número de malposiciones fetales persistentes.



P-175.- ¿POR QUÉ SOMETER A AYUNO DURANTE EL PARTO DE BAJO RIESGO?.

PADILLA C, ROMERA G, GÓNGORA M, CONESA A, PALOMINO P.

HOSPITAL RAFAEL MÉNDEZ.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Orientar nuestras prácticas clínicas basadas en la evidencia científica, no en tradiciones. Impulsar la necesidad de creación de protocolos al respecto en obstetricia. **METODO:** Revisión de la evidencia científica en bases de datos online como Cochrane, Medline, Cuiden, Scielo. Así como revisiones de las recomendaciones de distintos organismo como la OMS, SNS, FAME. **RESULTADOS:** No hay suficiente evidencia científica que demuestre que el ayuno sea necesario durante el primer periodo del parto en gestantes de bajo riesgo obstétrico. Otros estudios muestran que por el contrario el ayuno durante este periodo puede resultar contraproducente para la madre y el feto. **DISCUSION:** En la mayoría de maternidades de nuestro país se restringe habitualmente la ingesta oral de la mujer en periodo activo de parto, basándose en el riesgo de broncoaspiración de contenido gástrico en caso de necesitar anestesia general urgente, descrito por Mendelson en 1945. Se ha estudiado esto, viéndose que el empleo de anestesia general en obstetricia es remoto, y si se usa, la posibilidad de broncoaspiración es rara. Esto se debe al avance de la técnica anestésica, la administración previa de antiácidos y antagonista H2, y como el mismo Mendelson publicó, la utilización preventiva de anestesia regional. Diversos estudios apoyan permitir la ingesta de líquidos y alimentos livianos en las mujeres durante el primer periodo de parto, sobre todo en las de bajo riesgo obstétrico. Además, hay estudios que demuestran más beneficiosa la ingesta de líquidos que aporten hidratación y glucosa a la parturienta, en lugar de la hidratación intravenosa, ya que ésta puede producir efectos adversos como hiperhidratación, hipernatremia, cetosis e incluso edema mamario que interfiere en la Lactancia Materna. Por otro lado, se ha visto que a medida que avanza el periodo activo de parto, la mujer va autorregulándose, prefiriendo los líquidos a los sólidos, y en menor cantidad progresivamente. El ayuno es poco útil en la mujer gestante ya que 48 horas después, aún puede haber contenido gástrico, además eleva el ácido clorhídrico estomacal, aumentando la gravedad en caso de broncoaspiración. Por tanto, el ayuno debe ser individualizado en las parturientas, valorando la ingesta calórica previa, que junto al ayuno, puede no suplir las necesidades energéticas del parto, dando lugar a una ineficaz actividad uterina y del estado físico materno que desemboque en mayores porcentajes de partos instrumentales y cesáreas.



P-176.- MOVILIZACIÓN PÉLVICA: FAVORECIENDO EL DESCENSO FETAL.

GOMIS-SÁNCHEZ P, GARCÍA-PINTOR S, ORTÍZ-ZURITA A, RUIZ-VIDOY C.

HOSPITAL DE MOTRIL.

RESUMEN.

Introducción: La habilidad de una mujer para poder moverse durante el parto y escoger su propia postura proporciona distracción ante la incomodidad, un sentimiento de mayor libertad personal y la oportunidad de disminuir la tensión muscular que aumentaría el dolor. Actualmente la posición ginecológica es la más extendida, pero se pueden hacer pequeños cambios que contribuirían a aumentar su eficacia. OBJETIVOS: -Conocer las diferentes posturas que puede adoptar la mujer durante la dilatación, -Valorar la movilidad de la pelvis para facilitar la progresión del feto en cada momento de la dilatación. -La aplicabilidad en el paritorio para que el profesional pueda aconsejar a la mujer de forma gráfica la postura más adecuada durante la dilatación. METODO: Se realiza una revisión bibliográfica en las bases de datos Cochrane, Pubmed, Cuiden y SciELO con los términos **descriptores "posición, dilatación, movimiento pélvico, deambulación, parto"** en castellano y los correspondientes en inglés. La elección de los artículos está basada en los objetivos iniciales. Resultado: Se dividió la dilatación en tres fases: . Encajamiento: La postura más adecuada sería la flexión máxima de caderas que produce una retroversión pélvica ayudando al descenso del feto a través de la excavación pélvica. . Descenso: Con la flexión de caderas a 90° se separan los isquiones y el feto inicia la rotación cefálica. . Desprendimiento: Separación y rotación interna de caderas que produce una Retropulsión coxis abriéndose el estrecho inferior, el feto se orienta hacia el periné anterior. DISCUSION: En el estudio se reflejan las posiciones más adecuadas en cada momento de la dilatación que nos permite elaborar una guía para explicarle a la mujer los movimientos de la pelvis que facilitan el descenso del feto. Sin embargo tras la revisión bibliográfica se ha determinado que es importante que la mujer tenga libertad de movimiento y pueda elegir la posición que le dé más comodidad, ya que de esta forma siente más autonomía y control sobre su parto.



P-177.- HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR: NUEVO HOSPITAL Y NUEVAS POSIBILIDADES.

ROMERO-RODRÍGUEZ S*, FERRANDINI-PRICE M, MENÁRGUEZ-LUQUE A, CERZO-MUNUERA A, GONZÁLEZ-SALAS D, ROMERO-RODRÍGUEZ A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR.

RESUMEN.

Introducción Varios son los nuevos centros de asistencia sanitaria (de atención primaria y especializada) abiertos recientemente en nuestra región con el fin de mejorar la calidad asistencial prestada. Esto supone un reto tanto para los profesionales implicados como para la población de referencia que va desde el inicio de la planificación y gestión de nuevas infraestructuras hasta la prestación y recepción de los servicios sanitarios. OBJETIVOS: - Describir la estructura y composición general del equipo de paritorio. - Describir las funciones de la matrona y las nuevas actividades iniciadas. - Describir la actividad asistencial del periodo de tiempo comprendido entre el 14 marzo de 2011 y el 14 marzo de 2012. METODO: Estudio descriptivo observacional retrospectivo de la actividad asistencial del hospital del periodo de tiempo comprendido desde el 14 de marzo de 2011 hasta el 14 de marzo de 2012. RESULTADOS: El bloque obstétrico asistencial se compone de 7 salas de dilatación-parto-puerperio, 1 sala de reanimación neonatal, 1 quirófano de urgencias gineco-obstétricas, 2 salas de urgencias gineco-obstétricas, 1 sala de monitorización de urgencias y 2 consultas de monitorización programada, 1 de suelo pélvico y 2 de ecografías obstétricas. El equipo de paritorio está formado por un total de 13 ginecólogos (entre ellos un jefe de servicio y uno de sección), 15 matronas (entre ellas 1 supervisora de paritorio), 14 auxiliares y 5 celadores. Las funciones de la matrona incluyen la asistencia en las urgencias ginecológicas y obstétricas, la asistencia al parto, puerperio y dilatación así como la realización de la consulta de monitorización programada y todas aquellas actividades derivadas de dichas funciones. Entre las actividades nuevas actividades desarrolladas en el nuevo hospital se encuentran la realización de educación maternal semanal, la consulta del suelo pélvico junto con un ginecólogo, la consulta de lactancia materna de las púerperas ingresadas en planta y la realización de las analíticas del triple test. La actividad asistencial se desarrollará si el póster es aceptado mediante la descripción del número de partos, de epidurales, de episiotomías, consultas de monitores y consultas de urgencias entre otros. DISCUSION: La puesta en marcha del hospital ha supuesto un desarrollo de las competencias de las matronas que se traduce en una mayor calidad en la asistencia y una mayor satisfacción para los profesionales y los usuarios.



P-178.- PROPUESTA DE ACTUACIÓN PSICOSOMÁTICA PARA LA ATENCIÓN DE LOS PADRES QUE SUFREN UNA MUERTE FETAL Y SU PROCESO DE PARTO.

PAGÁN-MARÍN L, PAGÁN-MARÍN C*, PICÓN-CARMONA M, LÓPEZ-ROSUA L, PÉREZ-YUSTE P.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: 1º. Aplicar medidas de mejora en la atención a los padres que sufren muerte fetal intraútero. 2º. Reconocer a la matrona como el personal sanitario idóneo en el fomento de esta atención. 2º. Conocer las diferentes fases de duelo que sufren los padres tras el diagnóstico de muerte fetal intraútero y la forma de actuación en cada una de ellas.

METODO: Consiste en la aplicación de una guía de actuación basada en la atención psicosomática para los padres y madres que sufren una muerte fetal intraútero seguido de un proceso de parto. Se llevará a cabo por la matrona del hospital, comenzando durante el proceso de parto del feto muerto y tras las dos horas del postparto. Además, los cuidados deberían incluir llamadas periódicas de seguimiento de al menos durante el primer año, animar a la familia a involucrarse en grupos de apoyo, proveer una evaluación continuada y mejoras basadas en la información aportada por familias, voluntarios y publicaciones profesionales. RESULTADOS: Debido a que se trata de una propuesta de aplicación, no obtendremos resultados del trabajo aún. En un futuro sería interesante medir la experiencia de la madre y el padre en la atención recibida durante el proceso de parto y postparto tras la aplicación de dicha guía. Así como describir la experiencia de los profesionales en dicha atención. DISCUSION: Es importante que todos los profesionales en la atención al parto (matrona, ginecólogo, pediatra y todo personal auxiliar) este implicados, ofreciendo todas las herramientas y recursos que el sistema sanitario tiene para afrontar la pérdida fetal. La matrona, es un profesional esencial en la atención en los procesos de riesgo o disfuncionales como la atención al parto en la muerte fetal intraútero. Además, combina una alta cualificación científico-técnica con cualidades inherentes a la profesión enfermera, como la empatía, capacidad de comunicación y otras facetas dentro de los aspectos psicosociales de las personas a las que atienden. Tenemos que partir de una premisa, que ninguna pareja está preparada para que ocurra algo así. Ni están informadas de que hacer en estos casos, ni que conducta adoptar. Es algo inesperado que cuando le dan el diagnóstico se quedan sin reaccionar y después ya llega una cascada de acontecimientos a los que hay que saber conducir, orientar y ayudar. Palabras clave: matrona, muerte fetal intrauterino, atención psicosomática.



P-179.- ALUMBRAMIENTO ACTIVO VS ALUMBRAMIENTO FISIOLÓGICO.

MARTÍNEZ-MARTÍNEZ MI, MORENO-QUINTANA L.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA.

RESUMEN.

OBJETIVO: Conocer la mejor forma de actuación en la tercera etapa del parto (alumbramiento) tanto para el feto como para la madre. METODO: Se realiza revisión bibliográfica y análisis de casos reales a 10 mujeres del Hospital Universitario Virgen Macarena. DISCUSION: Existe cierta controversia con respecto a la actuación en la fase de alumbramiento. El tratamiento activo de la tercera etapa del trabajo de parto reduce el riesgo de hemorragia posparto. Incluye generalmente la ligadura y el corte del cordón, la administración de fármacos uterotónicos y la tracción controlada del cordón. Aunque se ha demostrado que el tratamiento activo reduce el riesgo de hemorragia posparto, puede tener una repercusión sobre el bienestar de la madre y el recién nacido en cuanto a la cantidad de sangre que se ha transfundido al recién nacido antes de la separación de la placenta. El momento óptimo de administración de medicación uterotónica puede desempeñar un rol principal en este proceso y no ha sido investigado de forma sistemática anteriormente. Se requieren más estudios, bien diseñados, que utilicen enfoques consistentes en esta área del tratamiento de la tercera etapa del trabajo de parto.



P-180.- ACOMPAÑANDO EN EL DUELO.

MOGÍO I, DE TENA T.

H.U. VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

RESUMEN.

El proceso de duelo es un proceso normal y necesario mediante el cual se rompen gradualmente los lazos emocionales intensos con la persona fallecida, pero en el caso del duelo perinatal se puede considerar éste como el duelo olvidado, el duelo desautorizado, en el cual se produce una conducta evitadora por parte de la sociedad, familia y profesionales ante la pérdida perinatal. OBJETIVOS: -Valorar la necesidad de un reconocimiento adecuado de este proceso de duelo por parte de los profesionales y proporcionar la atención mas adecuada para facilitar su desarrollo normal, conociendo el verdadero significado que tiene este proceso por todos los que en el se ven implicados y como profesionales hacer el manejo mas adecuado, aplicando un plan de atención al duelo perinatal. METODO: Exposición de un caso clínico: Gestante de 23 semanas, embarazo gemelar. Acude al servicio de urgencias por contracciones. Se le diagnostica Amenaza de parto prematuro. Se inicia tratamiento con Atosiban. Evolución: inefectiva la tocolisis, se deja progresar el parto. Los padres hablan con el neonatólogo de guardia y se ha decidido no reanimar. La matrona, oferta la posibilidad de permanecer con las niñas hasta la muerte. Inicialmente la rechazan. Después de un tiempo de reflexión, la madre decide tenerlas con ella hasta el final. Nacen ambas gemelas por vía vaginal, con escasa viabilidad, y no se reaniman. En el posparto se trasladan a una habitación a los cuatro. Primero las gemelas estaban en una cunita al lado de la madre y posteriormente las tomó en brazos. En todo momento intentamos informar correctamente de la situación y de los trámites a seguir (con la nueva ley del registro civil todo nacido vivo tiene personalidad jurídica, esto es, será enterrado o incinerado). También se les recomendó y ellos aceptaron realizar la autopsia. No demandaron la presencia del capellán. Guardaron una pulserita de identificación de cada niña y las tarjetas de identificación. Los padres verbalizaron y expresaron su tristeza y también nos reconocieron sentirse en calma y muy reconfortados por haber acompañado a sus hijas en los últimos momentos de su vida. RESULTADOS Y DISCUSION: Debemos modificar las prácticas paternalistas hacia los padres y evitadoras con el feto. Ver la necesidad de aplicar las intervenciones que la evidencia y los expertos recomiendan en los casos de pérdida perinatal: Elaboración de un Plan de atención al Duelo Perinatal. Fomentar actitudes adecuadas en los profesionales.



P-181.- DANZA ORIENTAL EN EL EMBARAZO Y PARTO.

ECHEVARRÍA-AMADO-LORIGA P*, CHAMIZO-MURILLO A, ALARCÓN-TORIBIO Y, MARÍ-VILLAGRASA J.

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA DE LLEIDA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: 1.Enseñar movimientos de danza oriental básicos y fomentar su práctica para favorecer una participación activa de la gestante el día de su parto. 2.Proporcionar conocimientos de anatomía relacionados con el embarazo y el parto. 3.Concienciar a las gestantes de su propio cuerpo y de la capacidad de los posibles movimientos de éste a través de la danza oriental. 4.Tonificar los músculos y movilizar las articulaciones implicados en el proceso de parto. 5.Disminuir posibles molestias propias del embarazo tales como estreñimiento, pirosis y lumbalgia además de favorecer el retorno venoso. 6.Facilitar el encuentro grupal con otras mujeres en su mismo estado. 7.Aumentar la autoestima y confianza de las gestantes favoreciendo una mayor aceptación de los cambios propios del embarazo. 8.Reforzar el vínculo materno-filial. METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: PUBMED, COCHRANE, CINHAL. Búsqueda bibliográfica en buscadores de internet y libros de texto. RESULTADOS: •El aprendizaje de danza oriental impartida durante la gestación es mayor que en mujeres no gestantes. Éste es aún mayor cuando se coloca la mano en la zona del cuerpo a trabajar y corregir. •Algunos movimientos que son beneficiosos durante el embarazo resultan incómodos durante el parto. Los movimientos de cadera y espalda baja suelen ser los más útiles durante la dilatación, siendo éstos movimientos circulares y en bipedestación. •La danza crea un equilibrio físico y mental que proporciona mayor vitalidad en las gestantes. •Se mejora la actitud corporal y las digestiones. •Movimientos como el llamado "camello" o belly rolls tranquilizan al bebe. DISCUSION: La danza del vientre es una de las formas de danza más antigua que hay. Además de celebrarse en rituales religiosos, también formaba parte de la preparación al parto por lo que la convierte en una de las formas más antiguas de instrucción con el fin de que dar a luz fuera lo menos doloroso posible y, así, una experiencia más satisfactoria. Actualmente, se está intentado volver a las raíces de un parto lo más natural posible y para que éste sea más llevadero se inculcan los movimientos durante su trabajo, es decir, parir en movimiento. Muchos de los movimientos y posiciones de la danza oriental coinciden con los que se adoptan instintivamente el día del parto; la danza, aquí, no es una exhibición sino una forma de percibir nuestro cuerpo y de aprender a moverlo.



P-182.- CONTROL Y SEGUIMIENTO DE GESTANTES VEGETARIANAS.

CARAVACA-BERENGUER MJ, PARDO-MARTÍNEZ N, SERRANO-GÓMEZ SM, DEL ARCO-RAMOS P, OSETE-BAÑOS S, CARAVACA-BERENGUER AM.

GERENCIA MAR MENOR.

RESUMEN.

Introducción: Una dieta vegetariana (DV) estricta durante embarazo/lactancia puede inducir deficiencias nutricionales en el feto/lactante y en la madre, que pueden tener traducción clínica. Es esencial la detección de la gestante con DV estricta, y la corrección de posibles carencias nutricionales. Las DV bien planificadas son apropiadas durante todas las etapas de la vida, incluyendo las más críticas: niñez, adolescencia, embarazo y lactancia. OBJETIVOS: Conocer ventajas y riesgos de distintos tipos de DV en gestantes. Prevenir las deficiencias nutricionales en embarazadas vegetarianas estrictas. METODO: Revisión bibliográfica sistemática en bases de datos como Medline, Cuiden y Cochrane. RESULTADOS: La DV estricta es deficitaria en proteínas, ácidos grasos n-3, hierro, zinc, yodo, calcio y vitaminas D y B12, por lo que en la gestación o lactancia debe compensarse con suplementos de hierro y vitaminas B12 y D. Esta dieta se desaconseja durante el embarazo si no hay garantías de recibir suplementos correctores, debido al riesgo de anemia y retraso psicomotor en el niño. Aunque la DV se asocia con fetos pequeños para la edad gestacional también se relaciona con un menor riesgo de muerte por enfermedad isquémica del corazón, descenso de niveles de LDL, colesterol total y lipoproteínas, disminuye la presión arterial, el riesgo de hipertensión arterial y diabetes II. Se asocia igualmente a menor riesgo de obesidad (IMC menor) e inferior tasa de cáncer en general. La DV podría considerarse una opción dietética en el manejo de embarazadas con enfermedad renal crónica. DISCUSION: Una gestante con DV debe ser informada sobre la importancia de usar suplementos que disminuyan el riesgo de anemia y retraso del desarrollo fetal, dependiendo del tipo de dieta que siga. La matrona resulta clave para un buen control y seguimiento favoreciendo la una buena evolución de la gestación.



P-183.- EL MÉTODO PILATES EN EL EMBARAZO.

FERIA-RAMÍREZ MC*, GARCÍA-LIGERO IC.

HOSPITAL INFANTA ELENA.

RESUMEN.

OBJETIVO: - Describir los beneficios, contraindicaciones y riesgos de la práctica habitual del Método Pilates en las mujeres embarazadas. **METODO:** Se hizo una revisión bibliográfica en Trip Database, Pubmed, Lilacs, Cochrane Plus, Scielo y Cuiden, encontrándose mayoritariamente estudios en inglés. Se realizó también la consulta del libro Pilates para el embarazo de Endacott J. **RESULTADOS:** El Método Pilates es un ejercicio muy practicado en la actualidad y que se está abriendo paso entre las mujeres embarazadas, tanto en aquellas que lo realizaban previamente como en las que comienzan su práctica durante el embarazo. Pero cuáles son los beneficios y contraindicaciones que aporta la práctica del Método Pilates a la mujer embarazada. Tras una amplia revisión bibliográfica se encuentra que la práctica del Método Pilates aporta beneficios como alivio del dolor de espalda, aumento de la flexibilidad, corrección postural, pero no existen suficientes estudios ni con calidad metodológica en mujeres embarazadas que evidencien beneficios específicos durante el embarazo. Entre las contraindicaciones se encuentran las mismas que para cualquier otro ejercicio físico durante el embarazo, las cuales son enumeradas por el American College of Obstetrics and Gynecology las dividen en absolutas y relativas, encontrándose entre las contraindicaciones absolutas la rotura de membranas, sangrado vaginal o placenta previa y entre las relativas el aumento de la tensión arterial, anemia, diabetes, antecedentes de partos prematuros o retraso de crecimiento intrauterino. Los riesgos que ocasiona su práctica en las embarazadas se minimizan siguiendo una técnica correcta y no forzando movimientos de hiperextensión, debido a la laxitud de las articulaciones durante el embarazo. **DISCUSION:** Importancia de recomendar la práctica del Método Pilates. Se necesitan más estudios y con mejor metodología que clarifiquen estos beneficios y sus posibles riesgos y/o contraindicaciones.



P-184.- ANISAKIS: REPERCUSIONES EN EL EMBARAZO Y CONSEJOS DIETÉTICOS PARA EVITAR LA INFECCIÓN POR EL PARÁSITO.

SÁNCHEZ P*, FERNÁNDEZ E, GÁLVEZ B, PALOMO R.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Específico Orientar a todas las gestantes acerca de cómo evitar el anisakis a través de la dieta en la primera consulta de embarazo con la matrona. Generales Advertir sobre la enfermedad y sus repercusiones a todas las personas susceptibles de adquirirla, en el centro de salud, sobre todo a gestantes. Aconsejas diferentes maneras de cocinar y conservar el pescado para evitar la infección durante la ingesta. Identificar síntomas precoces de la infección del parásito anisakis en personas que han ingerido pescado.

MÉTODOS: La anisakiasis es una enfermedad producida por la infección de un gusano llamado anisakis. Horas después de la ingestión de las larvas del parásito, pueden aparecer dolor abdominal, náuseas y vómitos. A veces, se llega a expulsar la larva tosiendo. Si las larvas pasan al intestino, puede producirse una severa respuesta granulomatosa eosinofílica incluso una o dos semanas después de la infestación. Esta reacción causa síntomas parecidos a los de la enfermedad de Crohn. El diagnóstico se puede lograr a través de examen gastroscópico en el que se visualizan larvas de dos centímetros y se eliminan, o mediante examen histopatológico del tejido retirado en la cirugía o biopsia. Es por eso, y dada la repercusión que tiene sobre el cuerpo humano, y la sensibilidad de la mujer en un momento tan importante de su vida como es la gestación, hemos decidido realizar una búsqueda bibliográfica sobre este parásito para poder evitarlo en su mayoría de los casos. Hemos consultado varias bases científicas, entre ellas sciELO, Embase, Medline, Pudmed... **RESULTADOS:** Hemos encontrado 1148 artículos de los que hemos podido rescatar 122. La búsqueda estaba centrada en los últimos 5 años y tenían que ser relevantes al tema, por lo que hemos consultado en total 24 artículos. **DISCUSION:** La cantidad de parásitos se ha cuadruplicado en lo que llevamos de año, lo que coincide con un aumento del número de consultas hospitalarias por este tema, según estudios recientes. Para poder evitar la contaminación humana por este parásito hay descritas varias recomendaciones en cuanto a la conservación y consumo de pescado susceptible de contener el parásito. En las gestantes produce los mismo síntomas que en las personas no grávidas, pero dependiendo del grado de afectación de la infección podría afectar al feto en mayor o menos medida. De ahí la necesidad de divulgar la información a las gestantes de cómo evitar la infestación por el anisakis.



P-185.- LA SOCIALIZACIÓN DE LA NATURALEZA: A PROPÓSITO DE LA REPRODUCCIÓN HUMANA.

MENÁRGUEZ A, ROMERO S, FERRANDINI M, CEREZO A, GONZÁLEZ D.

HUVA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: - Analizar los cambios sociales que han operado sobre la imagen social de la reproducción humana. - Analizar la tecnificación de los procesos fisiológicos tales como fecundación, gestación y parto. - Comprender el empoderamiento ideológico de tales procesos, consecuencia de su tecnificación. METODO: Búsqueda sistemática en las bases de datos bibliográficas de ciencias sociosanitarias y revisión bibliográfica en revistas de antropología y otras ciencias sociales. RESULTADOS: 1. Dualismo cartesiano. Dicotomía naturaleza y cultura. Los fenómenos naturales no han sido considerados objeto legítimo de estudio desde las ciencias sociales. 2. El pensamiento positivista herencia de Comte. El abordaje de la medicina desde una perspectiva de género. Tecnificación de los procesos fisiológicos. Discurso biomédico. La revolución científica en reproducción asistida. 3. Racionalización weberiana de la atención a la gestación. Mecanización y deshumanización de la maternidad. Postulado de la sociedad hiperindustrial desde las ciencias sociales. 4. Factores culturales occidentales en la concepción de la maternidad. La mujer del s. XXI y el advenimiento del empoderamiento en los procesos de gestación, parto y crianza. DISCUSION: De manera tradicional, el abordaje de la salud femenina no ha sido planteada como sí lo fueran los procesos propios de la medicina general, dado el determinismo del cuerpo sexuado. Las nuevas técnicas de reproducción asistida son objeto hoy del interés por parte de la comunidad científica, y sus aportaciones son incuestionables. La "naturalización" de estos procesos altamente tecnificados no suscitan debate alguno y son integrados sin la menor resistencia cultural, sin embargo, el estatus quo de la socialización de procesos tales como el parto respetado, el amantamiento y la crianza natural se encuentran en continuo cuestionamiento. Quiénes definen y legitiman pues, los nuevos códigos de la concepción de la maternidad. La secularización de la sociedad facilita la mercantilización y el comercialismo de la gestación y la crianza, por la tensión entre los valores ascéticos y el hedonismo actual. La emergencia de estos nuevos valores ha de plantear la necesidad de la culturalización de la maternidad como un proceso natural.



P-186.- SULFATO DE MAGNESIO: NEUROPROTECCIÓN EN PREMATUROS.

SERRANO-GÓMEZ SM, PARDO-MARTÍNEZ N, CARAVACA-BERENGUER MJ, DEL ARCO-RAMOS P, OSETE-BAÑOS S, PARDO-MARTÍNEZ A.

HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIXACA.

RESUMEN.

Actualmente, la tasa de partos pre-término (ocurridos antes de la 37 semana de gestación) se sitúa en torno al 10%. El parto pretérmino ocasiona prematuridad e inmadurez de los neonatos. La importancia de la prematuridad radica en la importante morbi-mortalidad perinatal e infantil que conlleva. La patología prevalente del prétermino es la derivada del binomio inmadurez-hipoxia, por el acortamiento gestacional y la ineficacia de la adaptación respiratoria postnatal. Los problemas tanto a largo como a corto plazo, pueden ser de distinto tipo, por ejemplo el neurológico. El campo neurológico es el más afectado por la inmadurez, ya que se trata de un sistema con una cronología madurativa relativamente fija, pudiendo producir entre otros hemorragias intraventriculares a corto plazo y parálisis cerebral a largo plazo. El sulfato de magnesio (SM), utilizado como tocolítico en casos de parto pre-término (actualmente su uso se halla en controversia) y en el tratamiento de la eclampsia se está convirtiendo en un relevante medicamento neuroprotector del feto. Se vió que los neonatos cuyas madres fueron tratadas con este medicamento, tuvieron un mejor pronóstico neurológico. Su efecto se atribuye a la capacidad que tiene de estabilizar el tono intracraneal, disminuir las fluctuaciones de flujo sanguíneo cerebral y mediar en los procesos de inflamación. OBJETIVOS: General: Mejorar la morbimortalidad neurológica de los prematuros Específicos: Usar correctamente el protocolo de administración del SM Diseñar un protocolo para la administración de SM en casos de partos pretérmino junto con un equipo multi-disciplinar Controlar las tasas de prematuridad, desde AP mediante el cuidado pre-concepcional y gestacional. METODO: Revisión bibliográfica en distintas bases de datos: Medline, Cuiden y Cochrane RESULTADOS: Los estudios meta-analíticos no aseguran una relación causa-efecto entre el uso del SM y una disminución de la morbi-mortalidad infantil. Si se observó que disminuían las tasas de parálisis cerebral y de la función motora. DISCUSION: Las investigaciones señalan que tratando a 63 mujeres, se evitaría un caso de parálisis cerebral. La relación coste-beneficio nos alienta a administrar el SM como neuroprotector en los partos pretérmino. Es importante que se diseñe un protocolo para controlar su uso y que sea conocido minuciosamente por los profesionales. Debemos seguir investigando.



P-187.- SULFATO DE MAGNESIO Y PREVENCIÓN DEL DAÑO CEREBRAL EN PREMATUROS.

GARRIDO-CARREÑO R*, MORILLAS-GUIJARRO D, PICÓN-CARMONA M, ORENES-BELLIDO MA, MARTÍN-MARTOS V, RUIZ-CHUMILLA MA.

HU VIRGEN DE LA ARRIXACA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: En los últimos 25 años, la tasa mundial de prematuridad ha aumentado significativamente, y con ella las mejoras de tratamiento en los recién nacidos prematuros (RNP). Sin embargo, sabemos que el RNP, debido a su inmadurez y a su dificultad respiratoria en la vida extrauterina es susceptible de padecer gran cantidad de patologías que, a pesar de las mejoras sanitarias, suelen dejar secuelas que precisan seguimiento. Siendo así los RNP, usuarios habituales de nuestros sistemas de salud. Entre las diversas patologías que pueden afectar a los RNP, encontramos frecuentemente las de carácter neurológico, cuya incidencia es inversamente proporcional a la edad gestacional y al peso del recién nacido. Sabemos que el magnesio es un mineral esencial en la nutrición humana, involucrado en numerosas reacciones metabólicas y que su sal derivada, el sulfato de magnesio ($MgSO_4$), es un fármaco de gran aplicabilidad para muchas patologías. Parece ser, además, que tiene efecto neuroprotector sobre los RNP. Por tanto, conociendo las secuelas que puede presentar un RNP, y dado que pueden disminuir ostensiblemente su calidad de vida y la de su familia creemos que necesario analizar la literatura e intentar conocer el efecto de la administración de $MgSO_4$ como agente neuroprotector en mujeres embarazadas con amenaza de parto prematuro (APP). **MÉTODOS:** Análisis y revisión de la literatura en diversas bases de datos: Scielo, Elsevier, Cochrane Library, PubMed (MedLine). **RESULTADOS:** El $MgSO_4$ es, según la literatura, el tocolítico de primera línea para la prevención del PP. Sin embargo, los estudios también confirman la existencia de efectos secundarios materno-fetales. Paralelamente, dichos estudios muestran la necesidad de utilizar la sal a dosis altas para que sea efectiva. Estos análisis generan inquietud a la hora de evaluar la efectividad del $MgSO_4$ como neuroprotector de los RNP. Sin embargo nuevas investigaciones determinan que el $MgSO_4$ aplicado en el periodo prenatal sí es efectivo para la prevención de defectos neurológicos en los RNP, pero hay que resaltar que las dosis requeridas para la neuroprotección son inferiores a las requeridas como tocolítico. **CONCLUSIÓN** Entendemos que la literatura avala la aplicación del $MgSO_4$ en las APP como prevención de problemas neurológicos en la infancia, pero puesto que aun produce efectos secundarios maternos creemos necesario estudiar alternativas para disminuir estos efectos, así como encontrar la dosis óptima de tratamiento.



P-188.- INCOMPATIBILIDAD RH, ERITROBLASTOSIS FETAL Y ADMINISTRACIÓN DE INMUNOGLOBULINA ANTI-D EN EL EMBARAZO.

RUIZ-CHUMILLA M*, MARTÍN-MARTOS V, ORENES-BELLIDO M, PICÓN-CARMONA M, GARRIDO-CARREÑO R, PAGÁN-MARÍN C.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARIXACA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: La eritroblastosis fetal o Enfermedad Hemolítica del recién nacido (EHRN) es una afección inmunológica aloinmune, en la cual la vida del hematíe fetal y del recién nacido está acortada debido a la acción de anticuerpos maternos. Casi todos los casos de eritroblastosis fetal son debidos a la incompatibilidad ABO o incompatibilidad Rh (o anti-D), sólo el 2% se debe a grupos menores tales como: C, c, E, e, Kell, Duffy, Kid. Un 10% de las madres Rh (-) se sensibiliza tras su primer embarazo; 30% tras el segundo embarazo, y 50% con posterioridad al tercero sin la aplicación de la inmunoprofilaxis. El objetivo del estudio es revisar la bibliografía para ampliar el campo de conocimiento en lo referente a esta afección y actualizar la información en cuanto a etiología, prevención, diagnóstico, clínica y tratamiento. **MATERIAL Y METODOS:** para la realización de este trabajo se utilizó bibliografía clásica de clínica médica, ginecología, obstetricia y pediatría. También se recurrió a la búsqueda de información disponible en internet a través de los principales **buscadores como "pubmed", "medline" y "embase" con las palabras clave incompatibilidad ABO y RH, eritroblastosis fetal e inmunoglobulina anti-D.** **RESULTADOS Y DISCUSION:** La EHRN es fiel expresión de una enfermedad cuya profilaxis es la única alternativa para su posible erradicación. Continuamente se están produciendo avances en cuanto al manejo de estas madres y niños. Probablemente la sistematización de la isoimmunización de las madres Rh (-) consiga su erradicación.



P-189.- ARANDANOS PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES URINARIAS EN EMBARAZADAS.

PÉREZ ESPARZA-TORRES L, REYES-JIMÉNEZ S, RUÍZ-GÓMEZ E, SÁNCHEZ-HERRERA S.

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Dar a conocer la efectividad de los productos de arándanos para la prevención de infecciones urinarias en poblaciones vulnerables como son las mujeres embarazadas , neonatos y ancianos. METODOS: Los arándanos se utilizaron ampliamente, durante varias décadas, como tratamiento y prevención de las infecciones urinarias (IU). Los arándanos contienen diversas sustancias orgánicas como ácido quínico , ácido málico y ácido cítrico, además de glucosa y fructosa. Hasta hace poco tiempo, se sugirió que el ácido quínico causaba grandes cantidades de ácido hipúrico que era excretado a la orina con función de agente antibacteriano. La principal hipótesis es que los arándanos impiden que las bacterias , en particular la Escherichia coli , se adhieran a las células neuroepiteliales que revisten la pared de la vejiga. RESULTADOS: En los estudios consultados se halló que los productos de arándanos redujeron de manera significativa la incidencia de infecciones urinarias en las poblaciones vulnerables a los doce meses en comparación con el placebo/control. Siendo más efectivo , en la reducción de dichas infecciones, en las mujeres con recurrencia en dicha patología incluyendo en este grupo a gestantes. DISCUSION: El análisis de los datos sugiere que los productos de arándanos pueden ser efectivos en mujeres con infecciones urinarias recurrentes . No se han hallado estudios que comparen intervenciones con arándanos con intervenciones establecidas como pueden ser , los antibacterianos, para prevenir las infecciones urinarias. En teoría, utilizar arándanos en lugar de antibacterianos podría reducir el riesgo de desarrollar microorganismos resistentes a los antibacterianos.



P-190.- TU BOCA TAMBIEN ES IMPORTANTE.

RAMÍREZ-PELÁEZ H, SESMERO-GAMBÍN MC, MAJÓN-SESMERO C, GONZÁLEZ-MUÑOZ E.

RESUMEN.

OBJETIVOS: * Dar a conocer el programa educativo sobre salud periodontal durante la gestación para disminuir la patología periodontal. METODOS: * Revisión en las bases de datos Scielo, Medline y Cocharane limitando entre 2000 y 2009. Las palabras claves han sido: embarazo, medicina oral, odontología, complicaciones del embarazo, pregnancy, oral medicine, odontology y pregnancy complications. * Captación de población diana en consulta de seguimiento de embarazo. Se les ofreció asistir a una charla informativa sobre la salud bucodental en le embarazo. * Informar a las embarazadas sobre las consecuencias en el embarazo de la patología periodontal y preguntarles sobre ella. * Entregar información escrita sobre el autocuidado de la boca. * Se unificaron protocolos de actuación por parte del equipo multidisciplinar: matrona, obstetra y odontólogo. * La matrona realizo una sesión informativa dirigida a los profesionales del centro de salud que estaban interesados. * Se paso cuestionario antes y después de la sesión informativa para identificar los conocimientos adquiridos y otro posterior. También otro para conocer satisfacción de las participantes. Había preguntas sobre: descripción de su autocuidado oral, si habían ido o no al dentista y por que, por que creían les recomendábamos ir al dentista en la primera visita de embarazo, si tenían alguna patología periodontal y que sabían sobre ella. RESULTADOS: Asistieron al programa 17 mujeres embarazadas, y 4 profesionales de la salud. Respecto a los resultados del pre-test en una escala del 1-10, los resultados medios fueron de 5,5, intervalo (3-6). La mayoría de las mujeres desconocían el motivo de asistir a la visita con el odontólogo y su importancia. Tampoco la mayoría creía tener ninguna patología, que no fueran las caries. Los resultados del post-test en una escala del 1-10, los resultados medios fueron de 7,5, en un intervalo de (5-9). La mayoría de las mujeres sabían porque las enviamos al dentista y se concienciaron de su importancia. En un 90% todas admitieron tener patología periodontal, en concreto gingivitis gravídica. Su satisfacción fue valorada en una escala del 1-10, como 10. DISCUSION: Dado el impacto de este tipo de patología, resulta de gran importancia la contribución activa de los pacientes en su detección precoz. es muy importante durante el control prenatal entregar conocimientos adecuados a las embarazadas sobre la salud bucodental, por parte de todo equipo multidisciplinar.



P-191.- EL COLECHO: UNA PRÁCTICA SEGURA Y BENEFICIOSA.

RUÍZ MJ, LÓPEZ D, ROMEU M*, MARTÍNEZ N, FERNÁNDEZ J, PALOMO R.

HOSPITAL MATERNO INFANTIL MALAGA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Proporcionar la información necesaria para que la matrona recomiende el colecho a los padres de una forma segura. Apoyar la información y recomendaciones sobre el colecho en la mejor evidencia disponible. **MÉTODOS:** Búsqueda y revisión bibliográfica en diferentes bases de datos. **RESULTADOS:** El colecho se define cómo la situación en la que el niño duerme en la misma cama que su madre o con otros miembros de la familia durante al menos cuatro horas todas las noches. La evidencia demuestra que la práctica de un colecho seguro tiene efectos beneficiosos para ambos, ya que, facilita la lactancia materna a demanda, una mayor percepción materna de los primeros signos de hambre, genera sincronización entre los episodios de sueño de ambos, establece una mayor estabilidad cardíaco – respiratoria en la oxigenación del niño, una mejor regulación térmica y una disminución en los episodios de llanto del niño. esta demostrado que el colecho aumenta un 40% laprevalencia de la lactancia materna. No obstante la práctica del colecho debe realizarse siguiendo las siguientes recomendaciones: el colchón debe ser firme y liso, evitar edredones, las mantas no deben sobrecalentar ni tapar la cabeza, asegurarse que el bebé no puede caerse de la cama ni quedar atrapado entre el colchón y la pared. La temperatura de la habitación debería estar entorno a los 18 grados y no se debe sobre abrigar al bebé. La pareja debe saber que el bebé está con ellos. Los animales domésticos no deben compartir cama con el bebé y nunca se debe dejar al bebé sólo. Existen una serie de situaciones en las que el colecho está contraindicado: padres que beban alcohol, drogas, depresión, en bebes pequeños o CIR hasta que alcancen un mayor tamaño o si el bebé tiene fiebre alta. **DISCUSION:** La matrona debe respetar la capacidad de los nuevos padres de tomar decisiones sobre la crianza de sus hijos de forma autónoma y responsable. Sin embargo, debe apoyar a aquellos padres que quieran practicar el colecho en casa a hacerlo de una forma segura y satisfactoria. La matrona debería conocer las últimas recomendaciones y contraindicaciones relacionadas con el tema en orden de proporcionar la información adecuada a los padres que les permita decidir sobre esta práctica, siendo la educación maternal un entorno ideal para ello. Dada la relevancia que tiene con respecto al establecimiento de la lactancia la matrona tendría que apoyar a las madres que deseen practicar el colecho durante su estancia hospitalaria.



P-192.- ACTUACIÓN DE LA MATRONA EN EL USO DE LA MOXIBUSTIÓN Y MANEJO POSTURAL COMO TERAPIAS ALTERNATIVAS A LA VERSIÓN EXTERNA.

JIMÉNEZ R*, DÍAZ D, GÁLVEZ C.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO.

RESUMEN.

•OBJETIVOS: -Informar sobre las diferentes terapias alternativas a la versión cefálica externa para la modificación de la posición podálica. -Describir el procedimiento a seguir en el manejo postural y la moxibustión para una buena praxis profesional. -Conocer la importancia que tiene la matrona en el desarrollo de estas terapias como profesional referente. •METODO: La metodología empleada se basa en una revisión bibliográfica de las bases de datos: Cochrane, Medline, PubMed y Cuiden. A continuación se resumen los datos de mayor interés: La versión cefálica externa es una maniobra que utilizan los profesionales médicos para transformar una presentación pelviana en una presentación cefálica. Es un procedimiento que no está exento de posibles complicaciones. Es necesario, por parte de las matronas y de los obstetras, conocer todas las alternativas posibles. Entre ellas destacan: - Manejo postural: En una revisión Cochrane del año 2008 se desprende lo siguiente: **"No existe evidencia suficiente proveniente de estudios clínicos bien controlados que respalde el uso del manejo postural para la presentación podálica. El número de mujeres estudiadas hasta la fecha sigue siendo relativamente pequeño"**. - Moxibustión: En una revisión Cochrane del año 2008 se desprende que: **"No hay pruebas suficientes para apoyar el uso de la moxibustión para corregir una presentación podálica. La moxibustión puede ser beneficiosa para reducir la necesidad de VCE y disminuir el uso de oxitocina, aunque son necesarios ensayos controlados aleatorios bien diseñados que evalúen la moxibustión para la presentación podálica, que informen resultados clínicamente pertinentes y que evalúen la seguridad de la intervención."** La OMS respalda su uso. •DISCUSION/CONCLUSIONES: Podemos concluir que, no hay evidencia suficiente que demuestre que las terapias manejo postural y moxibustión puedan corregir en todos los casos una presentación podálica o sean técnicas completamente seguras. Debido a los escasos estudios que hay sobre estas terapias, sería necesario que se llevaran a cabo nuevas líneas de investigación para poder demostrar sus beneficios y sus contraindicaciones, de forma que sean llevadas a la práctica con la mayor evidencia posible. Son técnicas de fácil aprendizaje que ampliarían el campo de actuación de las matronas y son una opción para aquellas mujeres que no quieran o no puedan someterse a la versión cefálica externa. La matrona sería el profesional referente para estas terapias.



P-193.- SEXUALIDAD PERICONCEPCIONAL, GESTACIONAL Y POSTNATAL.

GAVILÁN-DÍAZ M, GALLEGO-MOLINA J, PÉREZ-CABALLERO A, HERNÁNDEZ-RABAL M, VÁZQUEZ-SÁNCHEZ M, PALOMO-GÓMEZ R.

HOSPITAL QUIRÓN MÁLAGA.

RESUMEN.

Introducción La información existente respecto a la función sexual femenina durante el embarazo es limitada; la generalidad de los estudios publicados carecen de instrumentos validados y son retrospectivos. Esta revisión tiene como objetivo dilucidar la respuesta a la siguiente pregunta: ¿Deben modificarse o desaconsejarse las relaciones sexuales durante la gestación? OBJETIVOS: Eliminar mitos e ideas erróneas sobre la sexualidad. Aumentar los conocimientos sobre la sexualidad en la población gestante. Fomentar información relativa a la sexualidad basada en la evidencia científica. Incrementar los conocimientos de los profesionales sobre la sexualidad. METODO: Realización de una revisión bibliográfica en las bases de datos Cochrane, Medline, Scielo y Pubmed. RESULTADOS: Actividad sexual en el periodo periconcepcional: El éxito de la actividad sexual será mayor en este periodo si continúan con las relaciones sexuales habituales sin restricciones. Actividad sexual durante la gestación: La respuesta sexual fisiológica en el embarazo se basa en lo publicado por Master y Jonson de 1966. Los cambios en la respuesta sexual se deben al incremento de la vasocongestión pelviana, vaginal y al aumento de lubricación vaginal. Hay una disminución de la libido, frecuencia y actividad orgásmica sexual independientemente de la edad y paridad, acentuándose en el último trimestre, considerando como posible causa los temores maternos. Respecto a la incidencia de la actividad sexual sobre la patología de alto riesgo perinatal y su participación como factor inductor del parto, analizaremos la preeclampsia, el parto prematuro y la rotura prematura de membranas. Actividad postnatal: Hay una disminución de la calidad de las mismas sobre todo en el primer año. Las causas: el impacto del nacimiento, dolor perineal, cansancio materno, método anticonceptivo, lactancia materna, depresión postparto, sequedad vaginal y sensación subjetiva deteriorada del atractivo sexual de la puerpera. Conclusiones 1. El período del embarazo, puerperio y lactancia, ejerce un impacto negativo en la libido, frecuencia coital y en la capacidad de lograr orgasmo. 2. La actividad sexual con fines procreativos debe ser aconsejada al menos un par de veces por semana, sugiriéndose alcanzar la actividad orgásmica femenina posterior a la masculina. 3. No existe suficiente evidencia de que la actividad sexual genere patología de alto riesgo perinatal, como tampoco en el inicio de modificaciones.



P-194.- INTERVENCIONES AFECTIVO-SEXUALES EN LOS INSTITUTOS A PROPOSITO DE UN TALLER: "ROMBO DE PRIORIDADES".

FERNANDEZ-SUSO MV*, MARCH-JARDI G, RAMÍREZ-ROMERO M, PINTO-REINA T, MORENO-RUÍZ G, BAYARRI-FERNÁNDEZ MJ.

CAP TORREFORTA "LA GRANJA" ASSIR TARRAGONA.

RESUMEN.

Introducción: Con la educación en la afectividad y la sexualidad de los jóvenes no tratamos de permitir o reprimir conductas, si no de formar un espíritu crítico dando claves interpretativas para actuar, escoger, decidir desde principios y valores lo que más les conviene y obtener la madurez que requieren para hacerse responsables de las consecuencias de sus decisiones. OBJETIVO PRINCIPAL: Conocer las creencias y valores de los jóvenes sobre cómo se ha de desarrollar una relación de pareja para reconducirla en la afectividad y responsabilidad. OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Prevenir infecciones de transmisión sexual e información de exámenes para su detección en situaciones de riesgo. Prevención de embarazos no deseados. Desmitificar primeras relaciones sexuales. Conseguir relaciones satisfactorias físicas y emocionales. Aumentar la autoestima de los jóvenes para lograr más responsabilidad y seguridad en sus relaciones de pareja. METODOLOGÍA: Estudio descriptivo transversal utilizando de cuestionario las respuestas del taller "Rombo de Prioridades", en el que han participado n= 149 jóvenes. El taller consiste en cumplimentar un rombo con 9 casillas en las que cada joven tiene que ir anotando los 8 conceptos enumerados en la hoja del taller, (Petting, Preservativos, Compromiso, Atracción, Comunicación, Primera relación sexual coital, Orgasmo, Amor; el noveno concepto del rombo es de elección individual), según sus creencias y valores en el desarrollo de una relación de pareja. A continuación los adolescentes se colocan en círculo, y cada uno defenderá su opinión de cómo concibe el desarrollo de una relación de pareja. La matrona dinamizará el grupo e intentará reconducir creencias erróneas que incidan en el aumento del riesgo de embarazos no deseados, de infecciones de transmisión sexual y de relaciones descontextualizadas del amor o enamoramiento. RESULTADOS Y DISCUSION: Pendientes de analizar datos y valorar conclusiones planteando cambios en las características del taller si así fuera necesario.



P-195.- PROLAPSO DE CORDÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO.

TEJERO-REYES N*, CHAMIZO-MURILLO A, TEJERO-REYES N.

HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA DE LLEIDA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Disminuir la incidencia de prolapso de cordón en el medio hospitalario en base a la evidencia científica. Detección precoz de factores de riesgo relacionados con el prolapso de cordón. Aplicación de medidas preventivas para disminuir el sufrimiento fetal agudo ante un prolapso de cordón. Formar a los profesionales para una correcta actuación correcta. **METODOLOGÍA:** Se realizó búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: PUBMED, SCOPUS, COCHRANE PLUS, CINHAL, ENFISPO, SCIELO, CUIDEN-PLUS, LILACS aplicando los resultados al caso clínico. Se consultó historia clínica vía Servicio de Documentación Clínica del Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida. **RESULTADOS:** Se presenta en un 0,1-0,6% de todos los partos. En un 7% en partos pretérmino. En un 9% en partos gemelares. El 50% precedidas de alguna maniobra. La versión fetal y las RAM son las más frecuentes. En un 10-30% producen lesión neurológica y/o muerte fetal. Mayor frecuencia en fetos de sexo masculino. En el Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida (HUAV) la frecuencia es aproximadamente de un 0,1% de todos los partos. **DISCUSION:** En primer lugar se debe prevenir el prolapso de cordón; en caso de que suceda los profesionales deberían estar bien formados para proporcionar una actuación precoz destinada a evitar posibles secuelas fetales.



P-196.- AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA.

NAVARRO-TOLOSA MJ*, BORRÀS-BENTANACHS E, ROIG-GARCÍA C, MITJANS-MONTOLIU E.

HOSPITAL UNIVERSITARIO ARNAU DE VILANOVA DE LLEIDA.

RESUMEN.

La OMS promueve la lucha contra el cáncer de mama en el marco de programas nacionales. El control integral del cáncer abarca la prevención, la detección precoz, el diagnóstico y tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos. En la detección precoz del cáncer encontramos la autoexploración mamaria, es una exploración mensual de las mamas realizada por la misma mujer y tiene como objetivo detectar cualquier anomalía que pueda hacer sospechar un cáncer de mama. OBJETIVOS: 1. Conocer las recomendaciones según la evidencia científica. 2. Dar a conocer a la población la técnica de autoexploración mamaria. 3. Informar el objetivo de la autoexploración mamaria. METODOS: Revisión bibliográfica: Pubmed, OMS, protocolos oficiales. RESULTADOS: Según la bibliografía la autoexploración mamaria debe hacerse todos los meses, en la semana posterior a la menstruación. Tras la menopausia se debe fijar un día al mes para hacer la técnica. Se recomienda realizar la autoexploración en un ambiente tranquilo y relajado. Pasos a seguir para **realizar la técnica:** • **Observación: Observar el tamaño y la forma de la mama, buscar abultamientos, hundimientos, inflamación, enrojecimiento o ulceraciones en la piel, retracciones del pezón, salida de líquido por el pezón...** • **Palpación.** El objetivo de la autoexploración mamaria es que la señora conozca síntomas y cambios que note en sus mamas que puedan hacer sospechar de un cáncer. Esta técnica aumenta el número de visitas médicas para la evaluación de lesiones benignas, aumenta el número de biopsias negativas y puede aumentar la ansiedad en la mujer. DISCUSION: No hay datos acerca de la efectividad de la autoexploración mamaria. Existen muchas opiniones sobre de la validez de esta prueba. La OMS recomienda esta técnica para fomentar la toma de conciencia entre las mujeres en situación de riesgo, más que como cribado. Diversos estudios han constatado que sólo un 3% de las mujeres españolas practican la autoexploración adecuadamente. Estudios realizados indican que muchos cánceres de mama son encontrados a partir de la vigilancia espontánea que realiza la propia mujer al explorarse las mamas. Por ejemplo, un estudio en la ciudad de Cuernavaca, Morelos, concluyó que, una buena técnica de autoexploración, se logra alrededor de 51 a 65 % de las mujeres identifique al menos abultamientos de 0,5 a 1 cm en el seno.



P-197.- SITUACIÓN ACTUAL DE LA MUJER EN LA SOCIEDAD ESPAÑOLA.

SÁNCHEZ-ALIAS ME, MORIANA-LÓPEZ MB, MARTÍNEZ-GARCÍA E, GARCÍA-DA SILVA AB, ÁVILA-CUADROS E, SANTOS-GARCÍA A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Identificar cambios en la evolución de la situación de la mujer con respecto a la del hombre en la sociedad española, a partir de la entrada en vigor de la Ley 39/1999 del 5 Nov para Promover la Conciliación de la Vida Familiar y Laboral de las Personas Trabajadoras, que en definitiva trata de favorecer el avance en la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres. METODOS: Se analizan de forma comparativa entre hombres y mujeres, los datos disponibles desde el año 2000, publicados por el Instituto de la Mujer referentes a las tasas de ocupación y de paro, diferencias entre el uso del tiempo y específicamente los referidos al hogar y familia, así como mujeres ocupadas a tiempo parcial por motivo de jornada parcial y las que se dedican a cuidado de niños o de adultos enfermos, incapacitados o mayores. RESULTADOS: En todos los años analizados, las tasas de ocupación entre las mujeres son inferiores a las de los hombres, si bien la brecha se ha estrechado de casi un 50% en 2000 a un 10% en 2012. La tasa de paro siempre superior en mujeres, ha alcanzado niveles similares en el primer trimestre de 2012. Las mujeres han disminuido en 17´ el tiempo que dedican al cuidado del hogar y de la familia y el hombre ha aumentado en 24´, la mujer es la que dedica mucho más tiempo al cuidado de los hijos (32´ vs 18´), al mantenimiento del hogar (49´ vs 17´) y a las actividades culinarias (1h24´ vs 26´). El 97% de las mujeres ocupadas a tiempo parcial lo son por tener una jornada parcial y esta cifra apenas ha variado en los últimos ocho años. El porcentaje de mujeres en excedencia para cuidados de personas dependientes ha aumentado un 3% desde 2007 y el de cuidado a hijos ha disminuido el mismo porcentaje desde 2000. DISCUSION: Aunque la incorporación de la mujer al trabajo ha motivado uno de los cambios sociales más profundos de este siglo, su situación en la sociedad española no ha sufrido cambios sustanciales en los últimos años con respecto a la situación del hombre, salvo en la tasa de paro. A pesar de las reformas legislativas llevadas a cabo en nuestro país, el sistema educativo, social y laboral aún no ha logrado alcanzar un modelo que permita un reparto equilibrado de responsabilidades en la vida profesional y privada. Las matronas tenemos que ser conscientes de que esta realidad social de las mujeres necesita no sólo una inexcusable promoción jurídica, sino de servicios de atención a las personas, en un marco más amplio de política de familia.



P-198.- ROTURA PRMATURA DE MEMBRANAS: EXPECTACIÓN O MANEJO ACTIVO.

RODRÍGUEZ-VILLAR V, MARTÍN-MARTÍN M, MIRANDA-MORENO MD, AGEA-CANO I.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Evaluar los efectos del parto programado versus conducta expectante para las mujeres con rotura prematura de membranas sobre el bienestar fetal, estado del lactante y materno. **MÉTODOS:** Se ha realizado una revisión bibliográfica de los últimos diez años en las bases de datos Cochrane y Medline con los términos o descriptores siguientes «premature rupture», «labor» y «induced methods». Tras la lectura de título y resumen finalmente se han analizado 14 artículos. **RESULTADOS:** El manejo activo (con métodos como la oxitocina o prostaglandina) reduce el riesgo de morbilidad infecciosa materno-fetal sin aumentar las cesáreas y los partos vaginales quirúrgicos. Un número menor de lactantes ingresaron en una unidad de cuidados intensivos neonatales con el manejo activo aunque no se observaron diferencias en las tasas de infección neonatal. La conducta expectante aumenta los costes hospitalarios debido a la mayor estancia hospitalaria, pruebas complementarias y tratamiento de las infecciones. Aunque existe un ligero aumento de coriamnionitis en el grupo de tratamiento expectante las diferencias halladas en los resultados del manejo activo y del expectante pueden no ser significativas por ello los profesionales deben facilitar a las mujeres información adecuada para que ellas puedan tomar una decisión. **DISCUSION:** En esta revisión, hemos podido establecer cómo ha transcurrido el manejo de la RPM, pero no ha sido posible concluir cuál es el método más seguro en relación. Esto se debe, sobre todo, a la escasez de estudios de investigación lo suficientemente grandes y fiables para establecer una conclusión universalmente válida. Sin embargo, el manejo programado (con métodos como la oxitocina o las prostaglandinas) reduce el riesgo de morbilidad infecciosa materna sin aumentar las cesáreas y los partos vaginales quirúrgicos. Dado que las diferencias halladas en los resultados del manejo programado y del expectante pueden no ser significativas, los profesionales deben facilitar a las mujeres información adecuada para que ellas puedan tomar una decisión.



P-199.- EXPERIENCIA DE LAS MATRONAS EN LA IMPARTICIÓN DE UN TALLER DE EDUCACIÓN SEXUALIDAD A DISCAPACITADOS PSÍQUICOS.

RODRÍGUEZ-DÍAZ L, VÁZQUEZ-LARA JM, CARRILLO-VEGA E, MUÑOZ-VELA FJ, VÁZQUEZ-LARA MD, FERNÁNDEZ-CARRASCO FJ.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CEUTA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: - Definir la función de la matrona en el ámbito de la educación sexual para discapacitados psíquicos. - Conocer los aspectos relevantes para la elaboración de un taller de sexualidad para disminuidos psíquicos. METODOS: La metodología que se llevará a cabo es la descripción de la elaboración del taller sobre sexualidad que hemos abordado, donde destacaremos: - Metodología didáctica. - Mostraremos la implicación de las matronas en el desarrollo del taller. - La importancia de sus padres y tutores Todo ello se expondrán con fotos demostrativas de cada paso. Resultados: Detallamos a continuación los resultados de encuestas de satisfacción a los disminuidos psíquicos, padres y tutores en la adecuación del taller y la aportación que les ha dado. DISCUSION: Como forma de discusión debemos decir que después de realizar este taller hemos llegado a la conclusión que la matrona es un personal sanitario que debe estar presente en la educación para la salud reproductiva y sexual en grupos tan específicos como son los disminuidos psíquicos, sus familias y los tutores/ educadores.



P-200.- CRIBADO DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL ASSIR BAGES.

RAMOS-RASTRERO MC, RIBA-TRAVÉ MT, CODINA-PONS R, PASCUAL-ARGUEDAS A, VILASECA-GRANÉ A.

ASSIR BAGES. ABS MANRESA-1 (BARRIO ANTIGUO).

RESUMEN.

JUSTIFICACIÓN: Desde el año 2003, el programa de cribado de cáncer de cuello uterino forma parte de la cartera de servicios de las comadronas de atención primaria. La comadrona es el profesional que supone la puerta de entrada de las mujeres al servicio de ginecología, realizando la primera valoración ginecológica y derivándolas en caso de patología. Se trata de un cribado que se ofrece a todas las mujeres que han iniciado relaciones sexuales hasta los 65 a, con una periodicidad de una citología anual durante los dos primeros años y, en ausencia de patología, una citología trianual posteriormente. En caso de mujeres mayores de 40 años sin citología previa o que hace más de 5 años de la última, se realiza también la detección del HPV. **OBJETIVOS:** General: Valoración de los resultados del programa de detección de cáncer de cuello uterino durante el año 2011 en 5 ABS del ASSIR Bages. Específicos: -Valoración del número de citologías realizadas y resultados. -Valoración del número de HPV realizados, motivo de realización y resultados. **METODO:** Diseño: Estudio poblacional descriptivo retrospectivo. Población diana: Mujeres que han iniciado relaciones sexuales hasta los 65a pertenecientes a las ABS de Manresa-1, Manresa-4, Sant Joan de Vilatorrada, Moià-Castellterçol y Santpedor. Población de mujeres de 15 a 65 a de las áreas estudiadas: 24.937. **METODO:** Valoración de los datos obtenidos del cribado durante el año 2011. **RESULTADOS:** Se han realizado 2104 citologías ,2037 con resultado ausencia de células malignas, 26 patológicas y 41 ausencia de células endocervicales. Se han realizado 209 determinaciones de HPV, 199 por cribado citológico previo incorrecto y 10 por citología alterada, con resultado positivo en 21 casos y negativo en 188. **CONCLUSIONES** Hemos realizado el cribado del 8,43% de la población asignada. Dado que el cribado se realiza trianualmente, podríamos estimar que la cobertura es de aproximadamente el 25,31%. Pensamos que es una cobertura baja a pesar de que se contabilizan las mujeres de 15 a 24 a y que en esta franja de población se practican pocas citologías, ya sea porque aun no han iniciado relaciones sexuales o bien porque las hacen en la tarde joven. A pesar de ello creemos que queda mucho trabajo por realizar. Destaca la poca patología detectada, resultado, en principio, esperado, puesto que las comadronas cribamos a la población sana en general, ya que la patología detectada, previa o posteriormente, se controla en la unidad de patología cervical.



P-201.- LA MATRONA Y EL TRABAJO INTERSECTORIAL EN EL MEDIO RURAL.

JURADO-GARCIA E, BAENA-ANTEQUERA F, RUÍZ-FERRON C.

ESCUELA UNIVERSITARIA FCO MALDONADO.

RESUMEN.

OBJETIVO: Poner en valor la figura de la matrona en el contexto de dos poblaciones rurales mediante el trabajo intersectorial. METODO: En el año 2010 contacto con la Asociación de Mujeres de uno de los municipios implicados, así como con la Delegación de Salud y Cultura de la localidad vecina. Reanudación de contactos durante 2011 y mantenimiento del mismo en 2012 con la Delegación de Salud y Cultura de una de las localidades implicadas. RESULTADOS: Realización de un taller sobre menopausia y climaterio para la Asociación de Mujeres de una localidad (Junio 2010) y participación durante los años **2010/11 en las II y III Jornadas de Salud de la otra, con las ponencias " Menopausia y Climaterio, qué sabemos realmente?", "La cuarentena: cuidándonos para cuidar" y "Tu matrona responde.** Estas actividades, dirigidas a la población en general, se publicitaron a través de los medios de comunicación local radio y televisión, así como con folletos informativos. En este año **se trabaja en la creación de un espacio en la radio local: "Tu matrona responde" y la creación de un blog "Matronas de Arahál".** DISCUSION: La evidencia científica destaca la labor educadora de la matrona como referente de la educación sanitaria en los hábitos de salud de la mujer, apareciendo como el sanitario más cercano a ella y su familia. Con las actividades desarrolladas se ha trabajado en pos de dicha evidencia insistiendo en nuestro papel como agentes de salud con una doble finalidad: recuperar el valor de la figura de la matrona en el medio rural y desarrollar dicha labor desde el prisma de la colaboración intersectorial sabedoras según la evidencia disponible de los efectos positivos innegables de ésta. Hemos invitado en todo momento a la familia en los talleres realizados ya que existen estudios que afirman que la contribución de la familia en el proceso de aprendizaje es tan significativa como la de los profesionales sanitarios. Tras dichas actividades se ha reforzado la figura de la matrona en estos entornos rurales promoviendo un mayor control de las mujeres sobre su salud coincidiendo con otros estudios según los cuales es precisamente la labor educadora de la matrona la que permite a las mujeres un mayor control sobre su propia salud con el objetivo de conservarla y mejorarla traducido en: comportamientos óptimos, conocimientos y preocupaciones razonables, acerca de cómo conseguir una mejor calidad de vida.



P-202.- MÉTODOS DE ESTIMULACIÓN FETAL EN RCTG NO REACTIVOS. EVIDENCIA CIENTÍFICA.

HURTADO C, RETAMA S, DEL POZO L, FERNÁNDEZ A.

HOSPITAL PUNTA EUROPA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Revisión bibliográfica de la evidencia científica de los diferentes métodos de estimulación fetal en registros cardiotocográficos no reactivos. Hace cuatro décadas el TNS fue introducido como herramienta primaria de vigilancia fetal en embarazos con alto riesgo de muerte intrauterina. Se basa en la presencia de aceleraciones de la FCF asociadas a los movimientos del feto (reactividad fetal), que es un indicador del buen estado fetal. La ausencia de reactividad sugiere la posibilidad de sufrimiento fetal y obliga a realizar otras pruebas. La frecuencia de falsos negativos es baja, lo que indica que la mortalidad o la morbilidad fetal después de un test reactivo negativo es extremadamente baja, la frecuencia de falsos positivos es muy elevada, lo que indica que la probabilidad de que aparezcan problemas fetales importantes cuando el test es positivo es baja. Esta aparente falta de utilidad clínica de la monitorización de la FCF ha llevado al desarrollo de métodos complementarios para la evaluación de la condición fetal anteparto e intraparto. Y entre ellos se encuentran los métodos de estimulación fetal. El diagnóstico del bienestar fetal es obvio cuando la FCF se muestra entre 120 y 160 lpm, con buena variabilidad y amplias aceleraciones por movimientos fetales, pero este patrón no siempre es el que un feto ostenta cuando está bien, de ahí la controversia. Ante un registro no reactivo primero hay que tener en cuenta los factores que pueden alterar la reactividad de un RCTG: edad gestacional, medicamentos, temperatura, estímulos externos, sueño fetal o ayuno materno. Se han propuesto diversos métodos de estimulación para despertar al feto de la fase de sueño tranquilo. Entre ellos está el cambio en la posición materna, la actividad física, la ingestión de glucosa por la madre, la estimulación por sonidos y la manipulación fetal manual. Pero, ¿qué dice la evidencia científica?. METODOS: Revisión bibliográfica en bases de datos (PUBMED, Biblioteca Cochrane, Google Academic) RESULTADOS: El único método de estimulación fetal sobre el que existe evidencia es sobre la estimulación vibroacústica y debido a la falta de estudios de las consecuencias dañinas sobre el feto no se recomienda su uso. DISCUSION: Si todos estos métodos no son eficaces, ¿qué nos queda? Nos queda la postura materna y la observación de los ciclos de sueño-vigilia del feto. También nos hace cuestionar la utilidad del RCTG como método de diagnóstico del bienestar fetal.



P-203.- PROTECCIÓN DEL PERINÉ: "HANDS ON" VS "HANDS OFF".

PALACIOS-ANDRÉS L*, CASTRO-PRADO C, REPULLO-CARMONA B.

H. UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCIO.

RESUMEN.

Cada vez más se aboga por realizar la mínima intervención en la atención al parto normal, en el contexto de un parto humanizado, que respete los derechos de gestante y recién nacido. Dentro de este cambio de paradigma estaría el manejo durante el expulsivo, existe controversia en cuanto a una actitud activa colocando los dedos de una mano sobre el occipucio fetal y la otra mano aplicando una ligera presión sobre el periné para controlar la expulsión y otra actitud expectante sin tocar el periné, llamada "hands off", existiendo una variante de esta en la que se solo se intervendría si fuese necesario, "hands poised". Desde que Ritgen en 1855 introdujera el "Hands on" esta ha sido utilizada en todas las maternidades del mundo, a finales de los 90 aparecen estudios en los que se recogen resultados sobre el "hands off". **OBJETIVOS:** Determinar la influencia en cuanto a frecuencia, grado y localización de las lesiones, dolor asociado, así como resultados neonatales con el uso de las 2 conductas de cuidado del periné durante el expulsivo. **METODOLOGÍA:** Se realiza revisión bibliográfica en las bases de datos Cocharne, Pubmed y CINALH. **RESULTADOS:** -Desgarros perineales: las tasas desgarro (D1º-2º) eran bastante similares entre ambos grupos. D 3º-4º: Los datos entre los estudios son contradictorios en el caso del estudio HOOP hay una mayor índice de DIII-DIV en el "hands poised" 40 vs 31 en "hands on", pero no se puede considerar estadísticamente significativo. En otro estudio sobre 1505 mujeres se encontraron las siguientes tasas de D 3º, "Hands on" 16 mujeres vs 5 mujeres "hands off". -Episiotomía: Disminución importante de episiotomía en grupo "hands off". -Resultados neonatales: No existen diferencias significativas entre ambos grupos. -Dolor perineal: Se evidencia reducción de dolor en el grupo "hands on". **CONCLUSIONES:** No hay evidencias sobre la idoneidad de utilizar uno u otro método, cualquiera de las 2 puede ser utilizadas para favorecer el parto espontáneo. Pero en lo relativo a la utilización del "hands off" o "poised", desde la publicación del estudio HOOP se ha evidenciado un aumento de los desgarros 3º-4º (datos UK), algunos estudios sugieren que esto puede estar relacionado con una actitud totalmente expectante sin tener en cuenta factores de riesgo de dicha lesión, ya que aquellas matronas que utilizan el "hands off" raramente intervendrían. Se recomienda la realización de estudios para determinar que método ofrece más beneficios.



P-204.- ALTERNATIVAS PARA LA VALORACIÓN DE LA DILATACIÓN CERVICAL.

CAMPOS-MARTÍNEZ A*, CAMACHO-ÁVILA M, MÍNGUEZ-ANDREU G, HERNÁNDEZ SÁNCHEZ E.

HOSPITAL DE TORREVIEJA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: - Explicar métodos alternativos a la exploración vaginal para valorar la dilatación cervical en el trabajo de parto. METODO: Estudio descriptivo sobre los métodos alternativos existentes para valorar la dilatación cervical. Los datos se han obtenido utilizando como método de recogida de datos la revisión bibliográfica. RESULTADOS: Existen otros métodos alternativos para valorar la dilatación cervical, los cuales van a evitar que se realicen tactos de forma repetida y se disminuya por tanto, el riesgo de infección y las molestias que esta técnica ocasiona a la mujer. - Línea púrpura: Aparece desde el ano hacia el coxis cuando comienza la dilatación, y va ascendiendo conforme avanza esta. - Aparición del rombo de Michaelis: cuando se alcanza la dilatación completa se produce un desplazamiento de este rombo y se hace más visible. - Palpación abdominal de la cabeza fetal en la pelvis: Se realiza una evaluación en términos de quintos palpables por encima de la sínfisis del pubis. - Comportamientos maternos: a través de respiraciones, ruidos, gemidos ó deseos de pujos. - RCTG: la aparición de desaceleraciones precoces ó Dips I, indica compresión cefálica por descenso de la presentación. - Aparición de mucosidad sanguinolenta en vagina y labios, que puede indicar una dilatación de al menos 7-8cm. DISCUSION: Existen otros métodos menos invasivos y válidos para obtener información acerca de la progresión de un parto. Estos métodos van a reducir al mínimo el número de tactos vaginales como así lo aconseja la OMS; ya que los tactos aumentan el riesgo de infección e invaden la privacidad, la intimidad y causan dolor a la mujer. Por tanto, es importante que las matronas conozcan estas alternativas para saber valorar cómo progresa la dilatación de una forma más fisiológica y proporcionar así, confort a la mujer.



P-205.- LA MATRONA, PILAR BÁSICO EN LA ATENCIÓN AL PARTO MULTICULTURAL.

BUENO-MONTERO E*, FERNÁNDEZ-ZÁRATE M.

HOSPITAL PUNTA EUROPA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: General: Demostrar la importancia de la cultura en relación con el parto y factores asociados Y Específico: Concienciar al profesional que atiende al parto la influencia que tiene la cultura y/o creencias de la embarazada en el momento del parto. MÉTODOS: A través de una revisión bibliográfica exhaustiva (uptodate ,pubmed, Cochrane, scielo, medline, sociedad española de ginecología y obstetricia, oms, Fundación gestión y participación social, instituto nacional de estadística, publicaciones en revistas científicas, monografías y trabajos de investigación realizados) entre los años 1998 y 2012 en inglés y español. RESULTADOS: **-La maternidad no es un "hecho natural", sino una construcción cultural multideterminada, definida y organizada por normas que se desprenden de las necesidades de un grupo social específico y de una época definida de su historia. -Cada mujer vive el embarazo y el parto de una forma determinada, y si su realidad cultural y social de origen es distinta a la española, estas diferencias aún se acusarán más. -En las dos últimas décadas, España se ha convertido en un país receptor de inmigrantes procedentes de países en vías de desarrollo, Las mujeres inmigradas conforman una población joven, encontrándose la mayoría en edad reproductora, por lo que la atención al parto constituye una demanda prioritaria en este colectivo -Aunque la calidad de la sanidad española ofrece ventajas a las mujeres inmigradas, que ven disminuir la morbi-mortalidad materna y neonatal respecto a sus países de origen, puede ocurrir que durante la atención en nuestro medio manifiesten contradicciones con las concepciones socio-culturales interiorizadas en sus lugares de origen y podemos encontrarnos con barreras lingüísticas como culturales, dado que la reproducción y la maternidad constituyen fenómenos bio-culturales donde se reflejan valores, sentimientos y creencias. Ejemplos: Sentido del pudor:En nuestro medio la atención a la mujer de parto se realiza indistintamente por profesionales sanitarios de ambos sexos, las norteafricanas, manifiestan reticencias para ser examinadas por varones, no se produce sólo con profesionales sanitarios, sino que en ocasiones se extiende a todo el sexo masculino. Percepción y actitud ante el dolor: está construida socio-culturalmente, En algunas culturas se insta a que la mujer de parto permanezca en silencio, mientras que en otras se les permiten chillar y manifestar el dolor. Acompañamiento durante el parto: En ocasiones prefieren ser acompañadas por alguna amiga o un miembro femenino de su familia, produciéndose un fenómeno de solidaridad de**



género y de grupo. Interacción con el recién nacido: Existen mujeres que aunque tengan embarazos deseados, no muestran interés en el post-parto inmediato por el bebé. DISCUSION: Las diferencias manifestadas por estas minorías, que en ocasiones son origen de discursos de incomprensión por parte de los profesionales sanitarios, pueden ayudarnos a comprender que nuestro modo de ver las cosas no es el único, el mejor, ni el "natural", Esta reflexión nos permitirá establecer una atención sanitaria adecuada a las necesidades de cada mujer Es esencial que los profesionales trabajáramos el tema de la interculturalidad, a fin de fomentar la "sensibilidad cultural" y el respeto mutuo. Se trata de un reto que requiere de un cambio cognitivo del personal sanitario, así como una mayor formación antropológica.



P-206.- OXIDO NITROSO, UNA OPCIÓN MÁS EN LA ANALGESÍA DEL TRABAJO DE PARTO DESDE 1970.

ROQUE-MARTÍNEZ MC*, MOYA-COBOS A, REYES-MORILLAS M.

HOSPITAL DE PONIENTE.

RESUMEN.

OBJETIVOS: • **Revisión sistemática de la bibliografía** disponible sobre el uso del óxido nítrico y su eficacia. • **Tomar conciencia sobre la importancia de tener a disposición de las gestantes** todas las opciones disponibles para la analgesia durante su parto puesto que cada mujer es diferente y su cuidado no debería estandarizarse. **METODO:** Se realiza una revisión bibliográfica de la literatura existente sobre el óxido nítrico en los buscadores, en la biblioteca virtual del SAS, Pubmed, The Cochrane Library, Google, Nice Guidelands uk, en libros para matronas y se usan como palabras clave: Nitrous oxide, pain-relief, labour. De esta búsqueda he encontrado 60 resultados de los que he seleccionado 11. **Resultado:** **En el año 1970 esta analgesia fue aprobada para la administración por las matronas.** "El óxido nítrico al 50% con oxígeno debería de estar disponible en todos los centros donde se dé a luz por que puede reducir el dolor en el parto, pero las mujeres deben ser informadas que les puede hacer sentir mareadas o con sensación de vomitar". **Recomendación hecha en la guía de "cuidados en el parto" por las NICE guidelines UK 2007.** "El óxido nítrico se presenta como un analgésico de actividad moderada y seguridad contrastada, para ser utilizado como analgésico inhalatorio al 50% con oxígeno durante el parto, por lo que se **considera factible su posible instauración en la práctica clínica diaria.**" **Recomendación** hecha por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía en un informe del 2010. En una revisión sistemática del 2002, llega a la conclusión que tras haber sido utilizado el óxido nítrico al 50% por un gran número de mujeres tras muchos años, esta técnica es potencialmente segura y podría ser usada de forma segura por matronas, ginecólogos...etc., sin la necesidad de anestesistas. Tiene una forma rápida de actuación y de cese, además de ser relativamente benigno. No afecta a la contractilidad uterina y no tiene efectos clínicamente adversos en el feto o recién nacido. Al usar el óxido nítrico, las gestantes refieren una mayor sensación de autocontrol, libertad de movimientos y satisfacción en su parto. **DISCUSION:** Toda embarazada debería tener derecho a poder elegir libremente el tipo de analgesia que quisiera en su parto y participar de forma activa en esta decisión conociendo los beneficios y riesgos que conlleva cada una, sin tener que depender de la disponibilidad de cada hospital.



P-207.- LAS COMPLICACIONES OBSTETRICAS DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA.

CRUZ S, CARTES A, GENTIL P, MARTÍN R, MORICHE M, MASERA M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Identificar los riesgos para la mujer y para el bebe en el momento del parto y del postparto inmediato como consecuencia de la mutilación genital. METODOS: Revisión sistemática realizada en las bases de datos Cochrane, Pubmed, Medline, SCIELO y CINAHL. Se seleccionaron artículos en inglés, incluyendo resúmenes de artículos así como textos completos. RESULTADOS: El auge de la inmigración extranjera se ha consolidado como uno de los fenómenos claves en la actual dinámica demográfica española. En el 2008 el 11,4% de la población residente en España es extranjera, y de ésta el 22,9% eran mujeres que procedían de países en los que la mutilación genital femenina es una práctica habitual y eran susceptibles de padecer este problema. Aunque la práctica varía de un país a otro, la Mutilación Genital se realiza en niñas menores de 10 años y provoca cicatrices en diversos grados. En el análisis de los estudios realizados se examinó los resultados obstétricos en función al grado de mutilación sufrida por la mujer. Los resultados fueron que las mujeres que habían sufrido una mutilación genital tenían más riesgo de un parto prolongado y ello aumentaba el riesgo de cesárea, hemorragia profusa, sufrimiento del niño y muerte prenatal. Las mujeres con Mutilación Genital tenían también más probabilidades de requerir una episiotomía. En lo referente a la cesárea, las mujeres sometidas a la forma más grave de Mutilación ("MGF III") sufren como media un 30% más de cesáreas que quienes no han sido sometidas a ella. Se observa asimismo un 70% de aumento de los casos de hemorragia posparto entre las mujeres con MGF III en comparación con las otras. La Mutilación Genital Femenina pone al niño en una situación de peligro considerable durante el parto. Se ha detectado una mayor necesidad de reanimar a los bebés cuya madre había sufrido Mutilación Genital (aumento del 66% en las mujeres con MGF III). La tasa de mortalidad entre los bebés durante e inmediatamente después del parto es también mucho mayor entre los nacidos de madres con Mutilación Genital: un 15% superior en los casos de MGF I, 32% en caso de MGF II, y 55% en caso de MGF III. DISCUSION: Por regla general el primer contacto de la mujer con el sistema sanitario es en el embarazo o por secuelas de su mutilación: **EPI, infecciones de orina de repetición, infertilidad...** Para poder identificar este problema es preciso conocerlo y saber sus complicaciones y secuelas y así poder asesorar a las mujeres en caso de que necesiten nuestros cuidados. Tenemos también que reflexionar sobre la necesidad de la actuación integral cuando se identifique a una mujer con este problema o una niña en riesgo de sufrirlo.



P-208.- INYECCION DE AGUA ESTERIL EN EL ROMBO DE MICHAELIS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO.

LLATAS MJ, BAZAGA P, CARNICER M*, RENEDO N, BONELL J, ZORNOZA E.

COMPLEJO ASISTENCIAL DE PALENCIA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Examinar los efectos de la inyección de agua estéril en el rombo de Michaelis para el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto. **MÉTODOS:** Se realizaron búsquedas bibliográficas sin restricciones de idiomas en cuatro bases de datos: ENFISPO, PubMed, Biblioteca Cochrane Plus, Cuidadtge. **RESULTADOS:** Las inyecciones intradérmicas de agua estéril en el rombo de Michaelis fueron percibidas como eficaces para disminuir el dolor lumbar en las fases iniciales del parto. Esta intervención no parece tener influencia sobre la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina, el tipo de parto y el uso de la anestesia epidural. esta técnica fue más eficaz que los TENS y la acupuntura, además de una menor necesidad de intervención. La analgesia inducida por las inyecciones de agua estéril aumentarían la relajación, lo que eleva las probabilidades de que el feto se coloque en una posición más favorable y "disminuya la urgencia de cesáreas al proporcionar el tiempo suficiente como para que el trabajo de parto se desarrolle normalmente". El dolor percibido causado por la intervención tuvo una puntuación alta en la escala de EVA . **DISCUSION:** El dolor, y en concreto el dolor durante el parto, debe entenderse como un fenómeno subjetivo y condicionado por diversos factores. No existen dolores de parto, existen mujeres a las que les duele durante sus partos, con todo lo que ello implica para la dimensión múltiple de la experiencia y para el abordaje individualizado de éste por parte de las personas que deciden, junto con ellas, las estrategias más apropiadas para su manejo. Las matronas, como profesionales encargados de acompañar a las mujeres durante el proceso, deben conocer varios recursos con el objetivo de individualizar los cuidados. Reynolds recomienda esta técnica por su simplicidad, la facilidad para manejarla correctamente, la ausencia de consecuencias negativas para madre o feto y la efectividad en el alivio del dolor presente en uno de cada tres partos. Los diferentes estudios demuestran que las inyecciones de agua estéril en el rombo de Michaelis tienen un efecto analgésico sobre el dolor de la zona lumbosacra que se manifiesta durante el trabajo de parto. Sin embargo, un inconveniente de esta técnica es el intenso dolor transitorio que acompaña a la administración. Debido a este inconveniente, a pesar del buen alivio del dolor durante el parto, un número considerable de las mujeres rechazan este tratamiento.



P-209.- POR UN PARTO EN MOVIMIENTO.

LLORENS C, CASADO M, MONTSERRAT N.

HOSPITAL DEL VENDRELL.

RESUMEN.

INTRODUCCIÓN La posición materna vertical y el movimiento son beneficiosos para el propio proceso de parto. Desde su inicio, este Hospital Comarcal sigue una línea basada en las últimas recomendaciones de los organismos oficiales que recomiendan un parto lo menos medicalizado y más humano posible, haciendo uso de las intervenciones sólo cuando sean estrictamente necesarias (entre ellas se halla el uso de oxitocina). Se ha demostrado que el movimiento materno durante el trabajo de parto favorece la secreción endógena de oxitocina, ayudando consecuentemente a mantener una dinámica uterina favorable para la evolución del propio parto. El tipo de analgesia utilizada para el trabajo de parto (mobile peridural) no es más que una evolución de la anestesia peridural tradicional utilizada hasta el momento, que incluye un ajuste de dosis y la incorporación de una técnica combinada (peridural-raquídea) que no modifica la capacidad motora de la gestante en trabajo de parto. **OBJETIVO:** Comparar la necesidad de oxitocina intraparto (debida supuestamente a la disminución de la dinámica uterina relacionada entre otros factores con la reducción de movilidad durante el trabajo de parto) entre mujeres que utilizaron analgesia peridural / no analgesia. **METODO:** Estudio descriptivo retrospectivo transversal de comparación de dos grupos (partos con analgesia peridural/partos sin analgesia) de una misma muestra (partos de inicio espontáneo). Análisis estadístico de comparación de porcentaje. Realizado con Excell 2010. Muestra: Todos los partos de inicio espontáneo ocurridos en el periodo de 1 Junio de 2011 a 31 de Mayo de 2012. **RESULTADOS:** Población: 846 partos. Muestra: 517 partos de inicio espontáneo. o 66,92% usaron analgesia epidural -39,59% utilizaron oxitocina -60,40% no utilizaron oxitocina intraparto o 27,65% que no usaron analgesia epidural -2,09% usaron oxitocina o 2,9% usaron anestesia espinal/general (excluidos) o 2,51% no tenemos datos (pérdidas). **CONCLUSIÓN:** Según estos resultados interpretamos que existe un incremento de la necesidad de oxitocina con la utilización de analgesia peridural respecto al grupo que no usó, pero que no siempre se da esta relación directa. Es decir, no siempre analgesia peridural lleva implícita administración de oxitocina intraparto. Más de la mitad de los partos asistidos que usaron analgesia peridural no precisaron oxitocina. Las razones podrían ser varias, pero entre ellas destacamos la movilización mantenida con este tipo de analgesia.



P-210.- INGESTIÓN DE LÍQUIDOS Y SÓLIDOS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO.

HURTADO M*, JIMÉNEZ R, JIMÉNEZ A, NARANJO MI.

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Determinar los beneficios y los daños de la restricción de líquidos o alimentos por vía oral durante el trabajo de parto. **METODO:** Búsqueda bibliográfica en bases de datos de Ciencias de la Salud: Pubmed, Medline, Cochrane, se revisaron las recomendaciones de asistencia al trabajo de parto normal, realizadas por la OMS, FAME, SEGO, y otros documentos como la Guía de Práctica Clínica del Parto Normal. **RESULTADOS:** De los documentos revisados se pueden sacar las siguientes conclusiones: El síndrome de Mendelson tiene una incidencia muy baja, aunque la mortalidad oscila entre un 3 y 70% dependiendo del volumen y del pH. Las conclusiones del estudio de Mendelson fueron malinterpretadas ya que todos los casos ocurrieron bajo anestesia general, hoy día muy poco usada en Obstetricia. El vaciado gástrico en parturientas está enlentecido de forma natural por lo que no hay un intervalo de tiempo desde la última toma que garantice un residuo gástrico menor de 100 ml. Pudiendo producirse vómito 24-48 horas después de la ingestión. La única medida que ha demostrado disminuir éste síndrome es la administración de sustancias alcalinizantes y antieméticas en embarazos de alto riesgo o en situaciones en las que se vaya a usar anestesia general, no de forma rutinaria. Además, se sabe que el ayuno prolongado favorece la deshidratación y la cetosis. Por todo esto se recomienda la ingestión de alimentos livianos, no lácteos, y bebidas isotónicas a intervalos frecuentes. Como las pruebas no muestran beneficios ni daños, no hay ninguna justificación para la restricción de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto para las mujeres con bajo riesgo de complicaciones y sometidas a una anestesia no general. **DISCUSION:** Éste, actualmente, es un tema controvertido debido a la variedad de posturas entre unos Hospitales y otros, aunque exista evidencia a favor de la ingesta. La restricción de la ingesta se estableció en los Hospitales para prevenir el síndrome de broncoaspiración pulmonar en gestantes sometidas a anestesia general. Esta restricción sigue estando establecida en los Hospitales por el miedo de los profesionales a las demandas y reclamaciones, sin tener en cuenta lo que esto puede afectar a las mujeres en su experiencia del parto. Es importante que se establezca una política de actuación en los Hospitales basada en la evidencia científica. La matronas debemos participar en los grupos de trabajo de elaboración de estos protocolos asistenciales.



P-211.- MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS PARA EL ALIVIO DEL DOLOR DURANTE LA PRIMERA ETAPA DEL PARTO.

COLLELL-PONS E*, PÉREZ-MELERO R, JIMÉNEZ-GONZÁLEZ MO, CANTIZANO-DÍAZ A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CEUTA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: conocer la eficacia de distintas técnicas no farmacológicas para el alivio del dolor durante la primera etapa del parto como son: la inyección de agua estéril y/o masaje en el rombo de michaelis, hidroterapia, deambulación, técnicas de relajación. METODOS: **Se realizará una revisión de estudios en el grupo "Cochrane Pregnancy and Childbirth Group" y en "Pubmed", con la posibilidad de ampliar a otras bases de datos relacionadas.** RESULTADOS: Según los estudios consultados: - Las técnicas de relajación disminuyen la intensidad del dolor durante la fase latente y la fase activa del trabajo de parto. - Se ha demostrado que la inmersión en agua está relacionada con una reducción de la demanda de analgesia/anestesia. - La deambulación acorta el período de dilatación, pero estamos pendientes de realizar una búsqueda más exhaustiva para comprobar de esta técnica para el alivio del dolor. DISCUSION: Con respecto a los otros métodos enumerados así como los expuestos en los resultados estamos pendientes de una revisión más profunda para poder obtener resultados más concretos con respecto a los beneficios exactos que estos métodos ejercen sobre el alivio del dolor durante la primera etapa del parto.



P-212.- LA FISIOLÓGÍA DEL PARTO: LA GRAN OLVIDADA.

CAMACHO-ÁVILA M*, RODRÍGUEZ-VILLA S, BECERRA-GONZÁLEZ A.

HOSPITAL DE TORREVIEJA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: 1. Conocer los factores implicados en la fisiología del nacimiento 2. Analizar que prácticas son favorecedoras de un parto natural 3. Evaluar la aplicación de dichas actuaciones en nuestro medio de trabajo. **METODO:** Realizamos un estudio descriptivo tras examinar la bibliografía existente en las principales bases de datos y en otras fuentes científicas. **RESULTADOS:** La principal hormona que interviene en el nacimiento es la oxitocina. Tiene efectos mecánicos y también conductuales, descubiertos más tardíamente y que no posee la oxitocina sintética. Su producción depende de factores ambientales y dentro de ellos están: el lenguaje racional, la luz, el sentirse observado y cualquier otra situación asociada a una secreción de adrenalina, la hormona del estrés, como el temor o el miedo. La adrenalina inhibe la segregación de oxitocina y se interrumpe por tanto el proceso normal del parto. Cuando el nivel de adrenalina aumenta, el nivel de oxitocina disminuye en proporción directa. Es por esto que debemos favorecer que el parto se produzca en un ambiente conocido, cálido, tranquilo y en la compañía de personas que resulten familiares y aporten seguridad a la parturienta. (Grado de Recomendación A) **DISCUSION:** El parto debe ser considerado un proceso íntimo y natural, para el que toda mujer está capacitada. Toman parte en él sentimientos y emociones. De ahí la importancia de la influencia hormonal. El que los nacimientos sean atendidos en hospitales y por un equipo sanitario implica que las mujeres sean sometidas a intervenciones rutinarias incómodas, privadas de su intimidad y que les provoca un grado de estrés, con las posteriores repercusiones negativas en el normal desarrollo del parto. Muchas de esas intervenciones están siendo erradicadas. Sin embargo otras, a pesar de las recomendaciones, permanecen. La institucionalización de la asistencia al nacimiento no debe imposibilitar el respeto a la fisiología del parto. Desarrollaremos los que creemos factores fundamentales. Con ellos acercaremos el proceso del nacimiento a lo fisiológico, a lo natural, reduciendo los costos derivados del intervencionismo. La matrona es el personal más cualificado para llevarlos a cabo. Consideramos que son acciones factibles y necesarias para garantizar una asistencia de calidad a nuestras gestantes. Concluimos afirmando que un parto natural de bajo riesgo no necesita más intervención que prestar apoyo, cuidados y discreta supervisión para detectar la aparición de complicaciones.



P-213.- MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS VS ANALGESIA EPIDURAL EN EL ALIVIO DEL DOLOR DE PARTO.

LÓPEZ-MARÍN R*, FRUTOS-MOLINA D, LLANES-SAURA A, CORTINA-VICTORIA M, NOGALES-MORENO AB, CARRIÓN-RUS P.

H. SANTA LUCIA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: -Analizar las repercusiones negativas del uso de la analgesia epidural asociada al trabajo de parto - Describir la influencia de las terapias alternativas para el alivio del dolor en el parto - Determinar la medida no farmacológica más influyente en el alivio del dolor durante el parto. **MÉTODOS:** Se plantea una revisión bibliográfica en bases de datos - IME, Cuiden, Cochrane, Pubmed, Scielo y de las recomendaciones de sociedades científicas: Una guía práctica de la Organización mundial de la Salud, Atención hospitalaria al parto del Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud y Principios de la OMS en el cuidado perinatal, Estrategia de atención para el parto normal del Sistema Nacional de Salud, Iniciativa parto normal de la FAME, Recomendaciones sobre la asistencia al parto y Guía práctica y signos de alarma en la Asistencia al Parto de la SEGO, Guía de práctica clínica sobre la Atención al parto normal del Ministerio de Sanidad y Política Social. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** Sobre la epidural se encuentra que es la técnica de mayor satisfacción, la más extendida y difundida, no obstante aumenta los partos distócicos y el fracaso en la lactancia entre otros. Con respecto a las terapias alternativas se evidencia dentro de la revisión efectuada que la inmersión en agua, seguida de la pelota de partos y técnicas de relajación son las medidas más eficaces para el alivio del dolor durante el parto. La acupuntura, aromaterapia, TENS y musicoterapia entre otras, no presentan evidencia científica sobre su eficacia y requieren más estudios que muestren el resultado.



P-217.- ASESORAMIENTO DE LA MATRONA ANTE UNA GESTACIÓN NO DESEADA.

TARRÉS-ROVIRA J, DÍEZ-CANO R, PUJOL-VILA M, LASO-COZAR J, MORENO-IGLESIAS R, TRUJILLO-PINTOR I.

ASSIR OSONA.

RESUMEN.

Ante una mujer que presenta una gestación no deseada la matrona tiene un papel muy importante que ejercer. La interrupción voluntaria del embarazo supone una decisión con una carga emocional y sentimental que hace necesaria la actuación de un profesional sanitario que le ayude y le asesore en muchos aspectos. Una buena entrevista, con empatía, una escucha activa, informaciones claras y neutras, sin prejuicios ni valores... hacen que la mujer se sienta mejor delante una decisión tan importante como es elegir entre proseguir con el embarazo, realizar una interrupción o dar el hijo en adopción. El profesional debe dejar claro el respeto de la libertad de la mujer/pareja para decidir ya que la aceptación de su decisión produce alivio de la ansiedad y la culpa, y como consecuencia, incide positivamente en la vivencia de la interrupción voluntaria del embarazo. Puede ser necesario explicitar que el profesional está para ayudar a que tome una decisión suficientemente meditada y aclarar las dudas que puedan surgir. El profesional también puede actuar de mediador en casos de menores de edad, en situaciones de agresividad... El OBJETIVO de nuestra presentación es analizar todos estos aspectos, cómo debe ser un buen asesoramiento en la consulta de la matrona y como se debe informar a las mujeres para que las afectaciones sean mas llevaderas y no haya tantas secuelas a corto o largo plazo. METODOS: Analizaremos los aspectos más importantes a tener en cuenta, sean psíquicos, físicos, sociales, culturales... **en la consulta de la matrona y los factores de riesgo** asociados a una gestación no deseada. El objetivo final del profesional es disminuir las repercusiones que pueda provocar sea cual sea la decisión que tome la mujer/pareja. DISCUSION: La matrona, como profesional sanitario que atiende la mujer en la consulta de atención primaria, esta formada y preparada para ayudar a las mujeres/parejas a que tomen una decisión suficientemente elaborada, disminuir el riesgo de depresión y afectación negativa de su experiencia, mejorar la responsabilidad de la mujer/pareja en los aspectos sexuales, reproductivos y afectivos, y disminuir la repetición de embarazos imprevistos. La matrona identificará las situaciones de mayor riesgo de conflictos y descompensación psicológica y si es necesaria la derivación a otro profesional más especializado para ayuda psicológica.



P-218.- VIOLENCIA DE GÉNERO Y EMBARAZO. PAPEL DE LA MATRONA.

MORENO-IGLESIAS R, LASO-COZAR J, TARRÉS-ROVIRA J, DIEZ-CANO R, TORRES-MORENO V.

ASSIR OSONA.

RESUMEN.

En 1979 las NNUU, reconocieron que la violencia de género es el crimen encubierto mas frecuente del mundo. En 1996 la OMS declaro que la prevención de la violencia contra las mujeres y los niños, es una prioridad de Salud Pública. Se desconoce la magnitud real del problema en el mundo, pero según las cifras de las NNUU entre un 25% y un 50% de las mujeres de todo el mundo sufre maltrato físico por hombres del entorno familiar o por su pareja. Los casos de violencia de género adquieren real importancia en determinadas etapas de la vida. Se calcula que a nivel mundial, 1 de cada 4 mujeres es maltratada física o sexualmente durante embarazo. Las consecuencias de la violencia son devastadoras, desde la muerte, a la afectación de la salud física, mental, sexual y social, además de repercusiones graves sobre la salud de las/os hijas/os. La intervención profesional requiere de una formación específica para tratar adecuadamente los casos de maltrato, ya que nuestra cultura nos ofrece una socialización orientada por los estereotipos de género y prejuicios tradicionales que dificultan el abordaje de estos casos. OBJETIVOS: Proporcionar información, así como conocimientos rigurosos de la magnitud, las causas y las consecuencias de la violencia de género. Además de ofrecer herramientas para la detección del maltrato, actitudes, habilidades comunicativas, como pautas o estrategias terapéuticas para el abordaje de situaciones de violencia de género en mujeres gestantes desde la consulta de la matrona en la atención primaria. METODOS: Descripción de las pautas de detección, abordaje y guías de actuación de la violencia de género durante el embarazo. DISCUSION: El embarazo es un periodo de la vida crítico. El 25% de las mujeres maltratadas lo ha estado durante el embarazo, y en muchas ocasiones es durante el éste cuando empieza a ser evidente. Se puede afirmar que el embarazo es un factor de riesgo de la violencia de género. La función de la matrona en la consulta de atención primaria es especialmente relevante en la atención a las mujeres que sufren esta situación. Por la proximidad que establece entre profesional y la mujer, como profesional experto en esta la etapa de la vida que vela por el bienestar y salud maternofamiliar, así como por el número de visitas que requiere el seguimiento del embarazo, la matrona conjuntamente con atención interdisciplinar acontece una relación terapéutica óptima para abordar la demanda de la mujer.



P-219.- ACTITUD DE LA MATRONA ANTE PATOLOGÍAS PODOLÓGICAS EN EL EMBARAZO.

OSETE-BAÑOS S*, DEL ARCO-RAMOS P, PARDO-MARTÍNEZ N, SERRANO-GÓMEZ S, CARAVACA-BERENGUER MJ, SÁNCHEZ-SÁNCHEZ FC.

PARITORIO HOSPITAL SANTA LUCIA.

RESUMEN.

La gestación es un proceso fisiológico de formación y desarrollo de un nuevo ser en el interior de la mujer. Durante este proceso, se producen grandes adaptaciones en el organismo de la gestante, produciendo a veces alteraciones podológicas y ortopédicas. Muchos de esos cambios son fisiológicos, y es función de la matrona realizar el seguimiento del embarazo detectando los que no lo son. Durante el periodo que comprende el 5º y 7º mes del embarazo se produce un gran aumento de peso y se acentúa la lordosis, la mujer padecerá en mayor o menor medida, alteraciones podológicas y sintomatología característica, como: lumbalgias, podalgias, Insuficiencia venosa, onicocriptosis, granuloma piógeno, etc., debido a los cambios posturales y modificaciones del organismo. Ante esta sintomatología tan evidente, que la futura madre puede padecer durante la gestación, nosotras, las matronas conjuntamente con otros profesionales sanitarios, podemos contribuir a mejorar su calidad de vida durante este período, en lo referente a sus miembros inferiores: piernas, pies y su postura corporal, detectando de forma precoz las alteraciones podológicas y resolviendo cada situación de la forma más adecuada. OBJETIVOS: General: Capacitar a la matrona como personal de referencia, capaz de detectar aquellas patologías o alteraciones en miembros inferiores y podológicas que pueden resolver fácilmente en la consulta de Atención Primaria Específicos: 1. Detectar situaciones que deben derivar a otros especialistas, como el podólogo. 2. Fomentar la formación continua en aspectos olvidados de la mujer embarazada como son sus miembros inferiores. METODOLOGÍA: Hemos realizado una revisión bibliográfica sistemática en las principales bases de datos de enfermería y podología, de trabajos publicados entre 2004 y 2012.



P-220.- PROTECCIÓN DE LA MATERNIDAD EN EL ENTORNO LABORAL. REVISIÓN Y CRÍTICA.

BERMÚDEZ-RUIZ MI*, OLMO-NAVARRO JE, LOZANO-MARTÍNEZ D.

HOSPITAL COMARCAL DEL NOROESTE.

RESUMEN.

□ OBJETIVO: Revisar el marco normativo actual de nuestro país sobre la protección de las trabajadoras embarazadas o en situación de lactancia natural, y la bibliografía existente sobre el tema y plantear una discusión crítica sobre los aspectos más controvertidos, tras **comparación con el resto de países europeos**. □ METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica (2007-2012) mediante búsqueda en el BOE y en las bases de datos Pubmed, bvs, Google Académico, SciELO. □ RESULTADOS: Descripción de los permisos de maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y lactancia natural, de la ley de igualdad de género del 2007 y de otras formas jurídicas (superposición del periodo de vacaciones con la baja por maternidad, hospitalización de hijos tras el parto, reducción de jornada, excedencias). España está entre los países europeos con permisos más cortos, muy lejos de Suecia y Dinamarca, con permisos de 70 y 50 semanas respectivamente, y por debajo de Portugal y **otros**. □ DISCUSION: La legislación española actual intenta permitir que las mujeres trabajadoras sigan en el mercado laboral y facilitar que tengan hijos/as. Sin embargo, las leyes analizadas se dirigen al embarazo, parto y lactancia, obviando que las principales responsabilidades de los cuidados tras estos periodos siguen recayendo sobre ellas, dificultándoles su participación en el mundo laboral en condiciones de igualdad. Algunas medidas legales van dirigidas a hombres y mujeres (permiso de maternidad compartido, permiso de paternidad, reducciones de jornada, excedencias, derecho de conciliación de la vida familiar y laboral) intentando un reparto más igualitario de dichas responsabilidades. Pero en la práctica la sociedad las sigue interpretando como medidas para las mujeres y rara vez los hombres se benefician de estas figuras jurídicas. Para ser titulares de derechos bajo el modelo de protección social del Estado de Bienestar, se debe haber cotizado previamente, por lo que parten con desventaja, ya que la maternidad y la asignación del rol de cuidadora de la familia impiden que puedan participar en igualdad de condiciones en el mercado laboral. En España sería deseable la ampliación de la duración del permiso por maternidad que nos equiparara al resto de países europeos; la tendencia de dicho permiso debería encaminarse hacia el permiso parental, como en Suecia y Dinamarca, de mucha mayor duración y dividido entre los padres, permitiendo así a la madre reincorporarse al ámbito laboral en igualdad de condiciones.



P-221.- ELABORACIÓN DE UN TRÍPTICO: EL EJERCICIO EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.

FERIA-RAMÍREZ MC*, GARCÍA-LIGERO IC.

HOSPITAL INFANTA ELENA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: - Describir los beneficios de la práctica de ejercicio físico durante el proceso de embarazo, parto y puerperio. - Ofrecer a los profesionales sanitarios y a las mujeres embarazadas información actualizada sobre los beneficios de la práctica del ejercicio físico en el embarazo mediante la realización de un tríptico. MATERIAL Y METODO: Se hizo una revisión bibliográfica en Trip Database, Pubmed, Lilacs, Cochrane Plus, Scielo y Cuiden, encontrándose mayoritariamente estudios en inglés. RESULTADOS: En la actualidad, el ejercicio durante el embarazo es una práctica habitual en las mujeres tanto que realizaban actividad física previa como en aquellas que comienzan durante el embarazo. La actividad física más recomendada en esta etapa son los ejercicios aeróbicos de intensidad moderada, yoga, Pilates y ejercicios físicos en el medio acuático, siempre que se tengan en cuenta recomendaciones básicas como evitar la práctica de ejercicio a altas temperaturas, mantener una buena hidratación y evitar mantener durante periodos prolongados la posición supina. Tras revisar la bibliografía existente sobre ejercicio físico en el embarazo, se describen sus beneficios tanto a nivel psicológico, favoreciendo un estado emocional positivo; como a nivel físico, favoreciendo el estado de salud de la mujer durante el embarazo, en el desarrollo del parto y durante el posparto mediante la mejora de la oxigenación de la madre y el feto, se favorece una recuperación post-parto más rápida, previene la aparición típica de varices y calambres y facilita el retorno venoso. En cuanto a las contraindicaciones de la práctica de ejercicio físico durante el embarazo, el American College of Obstetrics and Gynecology las dividen en absolutas y relativas, encontrándose entre las contraindicaciones absolutas la rotura de membranas, sangrado vaginal o placenta previa y entre las relativas el aumento de la tensión arterial, anemia, diabetes, antecedentes de partos prematuros o retraso de crecimiento intrauterino. DISCUSION: Es muy importante que los profesionales sanitarios que atienden a las mujeres embarazadas conozcan los beneficios que reporta la práctica de ejercicio físico en el embarazo para poderlo recomendar con criterio científico. De esta forma, se fomentaría un cambio de actitud en cuanto a la práctica de ejercicio durante el embarazo en la población en general, tanto en embarazadas como en aquellas personas que se relacionan con ellas.



P-222.- UNIFICACIÓN DE CRITERIOS PARA LA PREVENCIÓN DE LA TOXOPLASMOSIS. TRABAJANDO POR LA IDENTIDAD DE LA PROFESIÓN.

FERRANDINI-PRICE M*, ROMERO-RODRÍGUEZ S, MENÁRGUEZ-LUQUE A, CEREZO-MUNUERA A, GONZÁLEZ-SALAS D, ROMERO-RODRÍGUEZ A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA.

RESUMEN.

En la Región de Murcia, tanto en el ámbito de la atención primaria como en las consultas de alto riesgo de atención especializada existe cierta variedad de criterios en cuanto a las recomendaciones otorgadas por matrones/as y ginecólogos/as a las usuarias de la consulta en cuanto a la prevención de la infección por el protozoo parásito responsable de la toxoplasmosis. La práctica diaria requiere unificación de criterios tanto para reforzar la identidad de la profesión y como para diluir las discrepancias en las usuarias. Tras evidenciar este problema se genera la necesidad de investigar cual es la evidencia científica actual, para proceder a su divulgación y así unificar criterios entre los profesionales. OBJETIVO: Actualizar y divulgar la evidencia científica disponible para la prevención de la toxoplasmosis mediante la educación maternal desde los diferentes ámbitos sanitarios. METODOS: Recopilación y revisión bibliográfica en español y en inglés de los artículos científicos y revisiones bibliográficas disponibles a uno de enero de 2012 relacionadas con las vías de infección de la toxoplasmosis y su prevención durante el embarazo. RESULTADOS: Se realiza una descripción y clasificación de las recomendaciones y grado de eficacia de las mismas relacionada con la prevención de la toxoplasmosis. Con los resultados obtenidos se elabora una lista de recomendaciones higiénico-dietéticas con base científica actual para la prevención de la toxoplasmosis en la mujer gestante con criterios unificados y de fácil aplicación y comprensión por parte de la población de referencia. DISCUSION: La elaboración de un documento actualizado facilitará la unificación de criterios para la divulgación de la información desde el colectivo de matronas lo cual conlleva entre otros beneficios un incremento en la identidad de la profesión.



P-223.- PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA ANTE LA MUERTE NEONATAL. LA MATRONA COMO PROFESIONAL CLAVE.

FERRANDINI-PRICE M*, MENÁRGUEZ-LUQUE A, ROMERO-RODRÍGUEZ S, CEREZO-MUNUERA A, GONZÁLEZ-SALAS D, ROMERO-RODRÍGUEZ A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA.

RESUMEN.

Tras el desarrollo de nuestra experiencia en el ámbito de la obstetricia que abarca desde la formación como residentes hasta la experiencia directa en la actividad asistencial en los diferentes escenarios se evidencia la falta de formación para actuar ante los casos de muerte perinatal. La incidencia de muerte perinatal en España es del 4.9% según datos del INE para 2006. El tema suscita entre los profesionales cierto rechazo por la falta de conocimientos de cómo se debe afrontar este tipo de situaciones. Una de las funciones más básicas de la matrona es el acompañamiento de la mujer durante su periodo gestación y el periodo de dilatación, parto y puerperio por lo que nuestra labor a desarrollar es de gran repercusión en relación al problema que se aborda. OBJETIVO: Incrementar el cuerpo de conocimientos y divulgar la información recabada entre todos/as los matrones/as que desarrollan la labor asistencial. METODO: Revisión bibliográfica sobre la información disponible a cerca de la psicoprofilaxis obstétrica relacionada con la muerte perinatal en las bases de datos PUBMED, COCHRANE y CUIDEN. RESULTADOS: Habitualmente este tipo de partos acontece en un halo de misterio, de susurros de silencios, de no saber que decir. ¿Aconsejamos que vean al bebe, o no? ¿Como alentamos a que la mujer puje si el producto de su cuerpo no tiene vida? ¿Cómo asumimos un hecho que a pesar de que sucede es en cierto modo antinatural? ¿Como debo de actuar? Se trata de una situación delicada, que requiere más dominio del manejo de ciertas habilidades para acompañar, apoyar y ayudar a la mujer que acaba de perder a su bebé. Es un aspecto que al igual que en el momento de la asistencia, durante la formación EIR, no se contempla en ninguna asignatura el abordaje de la muerte perinatal. La evitación domina el tema. Aunque la evidencia científica disponible encontrada es escasa se desarrollará una guía de actuación que permita un mayor y mejor afrontamiento de la situación. DISCUSION: En el ejercicio de la profesión, a pie de cama, el sentimiento del profesional es de falta de formación. Una vez que se establezca una forma o modo de actuar el hecho de afrontar este tipo de partos será más asequible para la matrona y más fructífero para la usuaria y su familia. La matrona como agente imprescindible en el proceso de embarazo, parto y puerperio tiene una gran labor por desarrollar en relación a este tema tanto para las personas implicadas como para la identidad como profesión.



P-224.- BACTERIURIA EN EL PUERPERIO INMEDIATO: FACTORES QUE INFLUYEN EN SU APARICIÓN.

OLMO-GARCÍA G, REYES-JIMENEZ S*, APARICIO-ORDOÑEZ I, SÁNCHEZ-MATEOS C, OLMO-GARCÍA M, NAVARRO-MUÑOZ F.

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PRADO.

RESUMEN.

OBJETIVOS: - Identificar que factores pueden influir en la aparición de la infección de orina en el proceso de parto y puerperio inmediato. - Conocer la relación entre el número de tactos vaginales realizados y la aparición de infección de orina. - Identificar la influencia de la técnica de sondaje vesical con la aparición de infección de orina. - Relación entre el número de sondajes vesicales y la aparición de infección de orina. - Valorar la influencia del estado de salud previo con la aparición de infección de orina en el proceso de parto y puerperio. **MÉTODOS:** Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos (Cuiden, PubMed/Medline, Biblioteca Cochrane Plus, EMBASE, Tripdatabase) Se ha restringido la búsqueda a 7 artículos. **Terminos MESH utilizados:** Delivery, vaginal delivery, labor delivery, intrapartum, puerperium, bacteriuric, bacteriuria, urinary tract infections, iatrogenic. **RESULTADOS:** La bacteriuria fue adquirida durante el parto entre el 8% - 12,7% de las pacientes que tenían cultivos negativos al ingreso. Los factores más influyentes aparecen durante el proceso de parto vaginal: - Creciente número de exámenes vaginales - Sondaje vesical recurrente durante el parto - Duración de la Anestesia Epidural - Compresión de la vejiga Por lo que el parto vaginal puede predisponer a la bacteriuria. La presencia de alteración del metabolismo de la glucosa no afectó a la tasa de bacteriuria significativa después del parto. Los pacientes con diagnóstico de infección del tracto urinario de repetición durante el embarazo tienen mayor probabilidad de desarrollar bacteriuria. Solamente entre el 21%-4% de las mujeres mostraron síntomas de infección urinaria, como disuria. **DISCUSION:** La excesiva medicalización de los partos, así como el intervencionismo de los últimos años sobre la fisiología del parto ha aumentado los factores que predisponen la infección de orina. La gran parte de estos factores son intervenciones iatrogénicas. Estas intervenciones son modificables y mejorables, con lo que conseguiríamos un gran aumento del estado de salud de las puerperas.



P-225.- INFLUENCIA DEL PARTO MEDIANTE CESAREA VS VAGINAL EN RELACION A LA LACTANCIA MATERNA PRECOZ.

MARTÍN-MARTOS VR, RUIZ-CHUMILLA MA, ORENES-BELLIDO MA, PICON-CARMONA M, PAGAN-MARÍN C, GARRIDO-CARREÑO R.

H.U. VIRGEN DE LA ARRIXACA.

RESUMEN.

INTRODUCCION Y OBJETIVO: Actualmente la tasa de lactancia materna exclusiva sigue siendo baja en muchos países. Además, el parto por cesárea es cada vez mayor y puede afectar el éxito de la lactancia materna. El objetivo del estudio pretende llevar a cabo una revisión sistemática y meta-análisis de estudios observacionales para evaluar si la realización de una cesárea (decidida preparto [electiva/programada] o decidida en el momento del parto [de emergencia]) se asociaba con una menor tasa de la lactancia materna en comparación con el parto vaginal. **MATERIAL Y METODOS:** La búsqueda bibliográfica se ha llevado a cabo en Pubmed; Embase; Cochrane, de los que se ha seleccionado una guía de práctica clínica sobre el parto por cesárea donde se indican recomendaciones a las mujeres que se han sometido a una cesárea, en este caso para que se les ofrezca apoyo adicional para ayudar a que comiencen la lactancia tan pronto como sea posible después del nacimiento de su bebé; una revisión sistemática con meta-análisis que evalúa si la realización de una cesárea preparto o intraparto se asociaba con una menor tasa de la lactancia materna en comparación con el parto vaginal; un estudio de cohortes que evalúa los patrones de lactancia en 2137 recién nacidos a término y la prevalencia de lactancia materna en la sala de parto, distinguiendo los que nacían mediante cesárea o parto vaginal. **CONCLUSIONES Y DISCUSION** En base a los documentos seleccionados el parto por cesárea programada se asocia a una menor tasa de lactancia precoz pero una vez iniciada ésta, la tasa de mantenimiento de la lactancia es similar a la que presentan las mujeres que tuvieron un parto vaginal. Las mujeres y los trabajadores de la salud deben ser conscientes de las asociaciones negativas entre el parto mediante cesarea y la lactancia materna temprana y las implicaciones que ello conlleva para el bienestar neonatal.



P-226.- ABCESO MAMARIO: A PROPOSITO DE UN CASO.

MARTÍNEZ-BIENVENIDO E*, SÁNCHEZ-TERRER ME, POSTIGO-MOTA F, GÓMEZ-LÓPEZ A.
HOSPITAL SANTA LUCIA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: 1. Fomentar el contacto de la matrona con la mujer puérpera y realizar el seguimiento continuado del puerperio con el fin de detectar problemas y evitar complicaciones. 2. Conocer el abordaje correcto de la mastitis lactacional y guiar su manejo práctico. Presentamos el caso de una mujer de 28 años de edad que desarrolla una mastitis infecciosa a los 2 meses postparto, tras tratamiento inadecuado deriva en un absceso mamario complicado. METODOS: Se realiza seguimiento fotográfico en esta mujer que tras recibir tratamiento antibiótico con augmentine, evoluciona a un absceso abierto al cabo de 7 días. Se inicia tratamiento con ciprofloxacino, ibuprofeno, lactobacilos y se realiza cura con agua oxigenada diluida al 50%. Se realiza revisión bibliográfica sobre el tratamiento de la mastitis acudiendo a bases de datos como PUBMED, COCHRANE y LILACS. Revisiones de revistas, textos y comunicaciones en lengua castellana e inglesa. Palabras clave: mastitis, leche humana, antibióticos. RESULTADOS: Con el nuevo tratamiento el absceso evoluciona positivamente y cierra en 25 días. No se suspende la lactancia materna en ningún momento. DISCUSION A menudo las mastitis infecciosas durante la lactancia son un problema infravalorado que constituye la principal causa de abandono de la lactancia, debido a un diagnóstico tardío y la frecuente prescripción de un tratamiento antibiótico inadecuado sin análisis microbiológico previo El apoyo de la matrona es fundamental para mantener la lactancia materna, la seguridad y confianza en la mujer en este momento vital transcendental. La madre se siente sostenida, reforzada y confía en el profesional.



P-227.- CONTACTO PIEL CON PIEL: REVISION DE LAS EVIDENCIAS CIENTIFICAS.

LOZANO-MARTÍNEZ D, BERMÚDEZ-RUIZ MI, OLMO-NAVARRO JE.

HOSPITAL COMARCAL DEL NOROESTE.

RESUMEN.

• **OBJETIVOS:** Revisar la evidencia científica y conocer los beneficios y el manejo más eficaz del **contacto piel con piel temprano para las madres y sus hijos sanos.** • **METODOLOGÍA:** Revisión bibliográfica mediante la búsqueda en bases de datos secundarias : PubMed, Cochrane Plus, Medline, Google Académico y Cuiden Periodo de estudio: mayo de 2003 – junio de 2012. Se efectuó la identificación y recuperación de los documentos **para su lectura.** • **RESULTADOS:** Se encontraron 19 documentos con contenidos aptos. Todos ellos coinciden en los efectos positivos que el contacto temprano piel con piel produce tanto en madres como hijos sanos. Se demuestra efectos beneficiosos sobre la duración de la lactancia y mejora de la conducta adaptativa neonatal hacia la lactancia materna inmediata, mayor estabilidad cardiorrespiratoria , mejora la termorregulación y disminución del stress neonatal, además favorece el vínculo madre-hijo. En la madre disminuye los niveles de ansiedad y depresión materna e incrementa los niveles de satisfacción sobre la percepción del parto. Dos de los trabajos encontrados hacen una llamada de atención al considerar el contacto piel con piel como factor potencial de riesgo para muerte súbita, aunque dada las ventajas que el contacto piel con piel presenta defienden la recomendación generalizada de su uso en recién nacidos sanos. Los estudios consultados nos indican que el contacto debe iniciarse lo antes posible tras el nacimiento y **prolongarse hasta los 120 minutos.** • **Discusion:** Esta revisión aporta evidencia clara de los beneficios que el contacto temprano piel con piel presenta. Ante ello la actuación debería comportar la practica rutinaria del contacto piel con piel en todos los recién nacidos sanos, teniendo en cuenta una serie de medidas simples pero al mismo tiempo eficaces, que permitan disminuir los factores de riesgo que la práctica del contacto piel con piel puede comportar.



P-228.- DEPRESIÓN PUERPERAL: FACTORES DE RIESGO EN NUESTRO ENTORNO.

PARDO-MARTÍNEZ N*, CARAVACA-BERENGUER MJ, SERRANO-GÓMEZ SM, DEL ARCO-RAMOS P, OSETE-BAÑOS S, SEGUNDO-ORTÍN MV.

ATENCIÓN PRIMARIA ÁREA II.

RESUMEN.

El puerperio es la etapa que procede tras el parto; etapa de cambios físicos, psíquicos y socio-económicos. En el campo psicológico, oímos hablar habitualmente, de la depresión posparto, confundida con la tristeza puerperal o "maternity blues", que es un estado de tristeza fisiológica, debido a los cambios hormonales y sociológicos experimentados que duran unos días y aparece en la primera semana posparto. Pero, ¿realmente la depresión posparto es un cambio transitorio y fisiológico? ¿por qué aparece? ¿qué factores intervienen? Según una encuesta del Sistema de Vigilancia de la valoración del riesgo del embarazo (PRAMS), para un 32% de las mujeres, la mayor preocupación es la necesidad de respaldo social, por delante de problemas en el amamantamiento y cuidados del recién nacido. Esto nos hace recapacitar, asuntos tan nuestros como la lactancia materna o el cuidado del recién nacido está por detrás de la necesidad del respaldo social de las puerperas. Lo que significa, que estamos trabajando bien esos temas. ¿Pero dejamos a la mujer de lado, sin preguntarnos cuáles son sus necesidades?. OBJETIVOS: General: Mejorar la atención en el puerperio Específicos: -Disminuir la tasa de depresión puerperal - Realizar actividades de prevención de la depresión puerperal. METODO: Se trata de un estudio cualitativo. Se va a pasar la Encuesta de Edimburgo a un grupo de mujeres para detectar la probabilidad de una depresión y la relación con otros factores que pueden intervenir: la edad, la ocupación/ profesión, el nº de hijos, el estado civil, la disponibilidad de ayuda con el bebé, posibles enfermedades del bebé, tipo de lactancia, percepción del parto y problemas personales (especificar el tipo: físicos, psicológicos, emocionales, económicos). RESULTADO: PENDIENTE. DISCUSION: La matrona como profesional y persona clave de apoyo durante el embarazo, parto y puerperio, debe estar preparada para prevenir y detectar la depresión puerperal. Debe conocer los factores de riesgo que intervienen en ella, para empezar con la prevención primaria, prestándoles especial atención a las mujeres que posean alguno de esos factores. Ante todo, tenemos que prestar una atención de calidad durante todo el proceso reproductivo de la mujer para conseguir la excelencia.



P-230.- RELACTACIÓN: UNA SEGUNDA OPORTUNIDAD.

JEAN PAUL-ROMERO S*, RODRÍGUEZ-BLANCO A, SISTO-ALCONCHEL B, GILART-CANTIZANO P, MOLINA-MADUEÑO R, MARTÍN-CARABALLO Y.

HOSPITAL DE JEREZ.

RESUMEN.

OBJETIVOS: La leche humana es el alimento de elección durante los 6 primeros meses de la vida para todos los niños, incluidos los prematuros, los gemelos y los niños enfermos salvo raras excepciones y se debería prolongar al menos durante todo el primer año y más allá de dicha edad si lo desean tanto la madre como el niño. Aún así, muchos niños interrumpen la alimentación al pecho en las primeras semanas o meses y, como resultado, tienen incrementado el riesgo de enfermedad, malnutrición y muerte. Sin embargo, la alimentación al pecho puede ser restablecida. Una mujer que ha interrumpido el amamantamiento de su hijo, recientemente o en el pasado, puede volver a producir leche para su propio hijo o para uno adoptado, incluso sin un embarazo adicional. - Diferenciar entre relactación, lactancia inducida y compartida. - Analizar los diferentes tipos de medicamentos que se emplean. - Conocer cuando se debe proponer la relactación. - Evidenciar las posibilidades de éxito. - Definir la técnica de relactación. **MÉTODOS:** Se ha realizado una revisión bibliográfica en manuales de obstetricia, documentos de consenso, guías de práctica clínica, protocolos y material on line en las bases de datos Scielo, Pubmed y biblioteca Cochrane, entre los años 2000-2012, utilizando los términos : «abandono lactancia y relactación» y « breastfeeding cessation and relactation». **RESULTADOS:** Se ha podido observar que un elevado número de mujeres abandona la lactancia materna bien por la tensión que les crea no saber si están produciendo suficiente leche, o por las dificultades del inicio (rechazo, mal agarre, retraso en la subida). En ello también interfiere la falta de conocimiento y tiempo de los profesionales sanitarios en las áreas de neonatología y la falta de matronas en unidades como las de tocología en algunos hospitales. **DISCUSIÓN:** En la literatura consultada encontramos que esto puede cambiar y que podríamos hacer que los índices de abandono de lactancia disminuya si dedicamos una adecuada atención a la mujer que lo demanda, pudiendo usar la consejería sobre lactancia para lograr, en determinados casos, la relactación. Y en otros casos será necesario incluir determinados medicamentos para lograrla.



P-231.- APOYO A LA LACTANCIA EN LA POBLACIÓN ASISTIDA EN LOS HOSPITALES.

GRACIA-HERMOSO M, MÉRIDA-YÁÑEZ B, MARTÍN-RUIZ I, GILART-CANTIZANO P.

H.U. JEREZ DE LA FRONTERA.

RESUMEN.

Introducción: La lactancia materna es muy importante y pensamos que siempre se puede hacer algo más de lo que hacemos. Por ello, hemos pensado lo siguiente para fomentar la lactancia. En el área de maternidad, neonatos y partos de muchos hospitales se identifican unas oportunidades y unas fortalezas que nos rodean y que no son aprovechadas en relación con el apoyo a la lactancia materna. OBJETIVOS: Como objetivos de nuestro apoyo tenemos: • **Proporcionar los conocimientos teóricos-prácticos necesarios para amamantar con éxito.** • **Reforzar la confianza de la madre en su habilidad natural para amamantar y tomar sus propias decisiones.** • **Proporcionar apoyo emocional a la mujer** METODOLOGÍA: Mediante un análisis DAFO, proponemos un programa de lactancia coordinado/ integrado entre las distintas unidades y profesionales. RESULTADOS: Con la finalidad de: Fomentar la lactancia materna y su continuación, mediante el apoyo profesional y mediante los grupos de apoyo a la lactancia que existen en estas áreas. Atender a las buenas prácticas en atención perinatal según el proyecto de Humanización a la Atención Perinatal en Andalucía. DISCUSION: Fomentar el número de madres que inicia la lactancia materna y atender la necesidad percibida y sentida, en relación a las dificultades que presenta el amamantamiento tanto en sus inicios cómo en su continuidad.



P-232.- ATONIA UTERINA TRAS PARTO GEMELAR A PROPÓSITO DE UN CASO.

VELÁZQUEZ-MARIN J, SÁNCHEZ-CÁNOVAS S, GOMARIZ-SANDOVAL MJ, SÁNCHEZ-GARCÍA MJ.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA.

RESUMEN.

INTRODUCCION: Las hemorragias del alumbramiento son las que se producen después de la salida completa del feto. Se admite que una pérdida sanguínea inferior a 500 ml se considera normal, y si la pérdida supera los 1000 ml es patológica. La cuantificación clínica del sangrado resulta un método poco fiable, por ello se admite que ante un descenso del hematocrito de 10 puntos o más, o si precisa una transfusión sanguínea, se llega al diagnóstico de hemorragia del alumbramiento. La atonía uterina es responsable del 50% de las hemorragias del alumbramiento. Se debe a la falta de contracción del útero después del parto, impidiendo la formación de las "ligaduras vivientes de Pinard" Exponemos caso clínico reciente en nuestro hospital CASO CLÍNICO: Mujer de 33 años. G2P1 tras FIV y embarazo actual gemelar controlado. Ingresa a las 36 semanas en periodo activo de parto y con un test de Bishop de 8. Tuvo un parto eutócico con analgesia epidural y episiotomía suturada. A los 5 minutos tuvo lugar el alumbramiento espontáneo de las 2 placentas de tamaño y peso adecuados y membranas íntegras. El sangrado continuo y moderado no cedía a pesar de administrar 20UI de oxitocina IV y masaje uterino. La paciente es trasladada a la unidad de reanimación posparto donde se continuó con masaje uterino y se insertó un sondaje vesical permanente para control de diuresis. Se avisó al tocólogo y se descartó un desgarro de cuello uterino. Se realizó un hemograma y estudio de coagulación, se realizaron pruebas cruzadas y a la vez se insertó nueva vía para reposición de volemia. Como no se consiguió mejoría clínica se decidió trasladar a la paciente a quirófano. Se volvió a revisar el canal del parto y cavidad uterina para comprobar la integridad de las paredes y posible persistencia de algún resto placentario. Constatan la persistencia del sangrado y se trata con taponamiento uterino, trasladando a la paciente a la unidad de críticos posquirúrgicos. La clínica mejora y la paciente es dada de alta. Tras retirar taponamiento el útero se mantiene contraído y loquios y constantes dentro de la normalidad. CONCLUSIONES: la evolución del posparto requiere vigilancia y control extremos por parte de la matrona por la frecuencia y gravedad de las consecuencias de la hemorragia posparto. Se pueden identificar factores de riesgo como embarazo múltiple en este caso, aunque en 2/3 de las hemorragias posparto no se encuentran factores de riesgo por lo que hay que estar alerta en todos los casos.



P-233.- MASTITIS, ETIOLOGÍA Y TRATAMIENTO CON PROBIÓTICOS.

GARCÍA-VELÁRDEZ E*, SAYAGO-ÁLVAREZ ME, RAMIRO-FIGUEROA MJ, DURÁN-VENERA R, PIÑERO-NAVERO S.

CS PINOFRANQUEADO.

RESUMEN.

1. INTRODUCCIÓN: La Mastitis es la principal causa médica de destete precoz, un 30% de las mujeres que amamantan la sufren. En la mayoría de los casos el diagnóstico se realiza basándose en la clínica, pautando un tratamiento empírico. Son pocos los casos en los que se realiza un cultivo bacteriológico de la leche humana. En la actualidad se encuentran en estudio alternativas a los antibióticos de amplio espectro para tratar la mastitis, tal es el caso de los probióticos. OBJETIVOS: Identificar los agentes etiológicos implicados en el desarrollo de la mastitis. Valorar la efectividad del tratamiento con probióticos. MATERIAL Y METODOS: Revisión bibliográfica en las bases de datos, SCIELO, CUIDEN, CUIDATGE, IME, ENFISIPO, IBECS, COCHRANE, PUBMED en los últimos diez años. RESULTADOS: La mastitis se suele manifestar por dolor, calor, tumefacción e induración, esto se observa en un 10-15% de mujeres afectadas de mastitis, pero la gran mayoría de las mujeres solo refieren dolor tipo pinchazos y puede observarse a la exploración grietas o zonas induradas. Las grietas y las zonas induradas han sido consideradas factores de riesgo para el desarrollo de una mastitis, pero en la actualidad recientes estudios avalan que los agentes etiológicos causantes de la mastitis tienen la capacidad de provocar la obstrucción de los conductos galactóforos y causar grietas en el pezón. Las bacterias llegan a los conductos mamarios a través de la sangre por la Ruta Enteromamaria desarrollada en los últimos meses de gestación. Bacterias saprofitas procedentes del intestino materno llegan a la mama colonizándola, la leche materna de mujeres sanas contiene bacterias en proporción equilibrada, Estafilococos, Estreptococos, Enterococos, Lactobacillus, Weissella y Lactococcus. En concentraciones adecuadas no causan patología mamaria, pero si se produce una descompensación y aumentan bacterias de un determinado grupo frente a las otras se obstruyen los conductos inflamándose el tejido mamario causando una mastitis. Los principales agentes etiológicos causantes son los Estafilococos en un 75% de los casos, entre ellos el Estafilococo Aureus, pero en los últimos años se ha observado que los Estafilococos Coagulasa negativos, con el S. Epidermidis a la cabeza constituyen la primera causa de mastitis desde el punto de vista cuantitativo. Los Estreptococos solos o asociados a los estafilococos represe



P-234.- EFECTOS DEL EMBARAZO EN DEPORTISTAS DE COMPETICIÓN.

OLIVA-PÉREZ J, MORILLAS-GUIJARRO D, JIMÉNEZ-JAÉN F, DEL ARCO-RAMOS P, ARCE-MAURE C.

HOSPITAL VEGA BAJA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: Conocer los cambios que se producen durante el embarazo, que favorecen el rendimiento deportivo y su influencia en los resultados obstétricos y perinatales. MATERIAL Y METODO: Búsqueda bibliográfica desde enero 2007 a enero 2008, en las bases de datos MEDLINE, COCHRANE, IME, CUIDEN, CINHAL, DIALNET. RESULTADOS: Se obtienen 194 artículos, seleccionando 43. En mujeres entrenadas el GC puede aumentar más del 40%, llegando el VO₂max. al 50%, mejorando en ausencia de gravedad. Previene el desacondicionamiento físico y reduce las complicaciones obstétricas. CONCLUSIONES Dichos cambios mejoran el rendimiento deportivo. Unas recomendaciones inadecuadas a la deportista, pueden hacerle perder hasta el 74% de su capacidad aeróbica.



P-235.- CHUPETE: ¿SÍ O NO?.

RODRÍGUEZ-BLANCO A, SISTO-ALCONCHEL B, JEAN PAUL-ROMERO S, GILART-CANTIZANO P.

HOSPITAL JEREZ DE LA FRONTERA.

RESUMEN.

OBJETIVO: Evaluar la evidencia existente sobre los pros y contras del uso del chupete en lactantes. METODOS: Revisión bibliográfica. RESULTADOS: Su uso se ha relacionado con el acortamiento del tiempo de lactancia materna y dificultades en la lactancia, el aumento de frecuencia de otitis media, problemas dentales y riesgo de accidentes, con disminución del riesgo de muerte súbita del lactante. Otros beneficios del chupete están relacionados con su efecto analgésico y con el estímulo de la succión no **nutritiva en niños pretérmino y a término**. DISCUSION: Actualmente, el uso o no del chupete sigue siendo motivo de controversia. Sería aconsejable evaluar en cada niño el uso del chupete en vez de generalizar.



P-236.- ESFERODINAMIA EN LA GESTACIÓN Y LOS PRODRAMOS DE PARTO.

GARCÍA-HERMOSO M, MARTÍN-RUIZ MI, GILART-CANTIZANO P, SISTO-ALCONCHEL B, MÉRIDA-YAÑEZ B, JEAN PAUL-ROMERO S.

HOSPITAL JEREZ DE LA FRONTERA.

RESUMEN.

OBJETIVOS: -Conocer beneficios y contraindicaciones del uso de la pelota de bobath durante la gestación, pródromos y puerperio. -Identificar el uso seguro de la pelota. - Reconocer todas aquellas posturas que ayudan a la evolución del parto con el uso de la pelota de Bobath. -Reconocer que la actuación de la matrona en el uso de la pelota es muy importante, ya que es el agente de salud idóneo para la educación de la mujer gestante y durante su parto. MATERIAL Y METODOS: Hemos realizado una búsqueda bibliográfica en **bases de datos como Pubmed, Cochrane plus, Medline... Revisadas guías de práctica** clínica (IPN y de otros hospitales). Para conocer el movimiento de la pelvis durante la dilatación **con el uso de la pelota hemos recogido gran información de los libros "parir en movimiento" y "el periné femenino". RESULTADOS: Los resultados que expondríamos** en nuestro trabajo serían tanto los beneficios como las contraindicaciones del uso de la pelota de bobath. Se resumiría el uso de la pelota de dilatación durante la gestación y durante ciertos momentos del parto, así como, se haría mención especial a su uso como alternativa del manejo del dolor. CONCLUSIONES La Esferodinamia constituye un método de trabajo físico suave con pelotas inflables de diferentes tamaños. Entre los años 50 y 60 se empezó a utilizar por una pareja de Fisioterapeutas Alemanes como terapia especializada a tratar desórdenes del movimiento y la postura derivados de lesiones neurológicas centrales. En 1963 Aquilino Cosani (Italia) inventa la «pelota de Pezzi» o «balón de equilibrio» como juguete para niños. Posteriormente se empezó a utilizar en campos como la ortopedia, para **tratar dolores de espalda y en el entrenamiento personal (fitness, Pilates...)**. A partir de 1992 se comienza a utilizar la pelota en los paritorios y no es hasta 2003 cuando tenemos la primera referencia de su uso en España. Este método tiene muchos beneficios al usarlo tanto en la gestación como en los pródromos y postparto. Es recomendable que la gestante este en contacto con la pelota de bobath antes del parto. Actualmente aún existe reticencia para el uso de alternativas de alivio del dolor durante el parto, aun estando demostrada su eficacia y de bajo riesgo. Es muy importante hacer referencia especial al papel de la matrona como personal de promoción de la salud y así crear protocolos del uso de este material, barato y accesible, para nuestras maternidades y así abrir el abanico de alternativas que se ofrecen.



P-237.- RECOMENDACIONES NUTRICIONALES EN LA EMBARAZADA.

GRACIA-HERMOSO M, MÉRIDA-YÁÑEZ B, GILART-CANTIZANO P, MARTÍN-RUIZ I.

H.U. JEREZ DE LA FRONTERA.

RESUMEN.

Introducción: La prevalencia de la obesidad en todas las edades se ha incrementado de forma exponencial en las últimas décadas en todo el mundo, hasta el punto de que la OMS utiliza la expresión "Epidemia Mundial". La obesidad se ha más que doblado en todo el mundo desde los años 1980. Según la OMS, en el 2002 se registró 300 millones de personas con obesidad clínica en el mundo y se calculaba que para el 2005 habría 500 millones de personas con obesidad. Para el año 2008, 1500 millones de adultos (mayores de 20 años) tenían sobrepeso. Dentro de este grupo, más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres eran obesos. A nivel nacional la prevalencia de obesidad y de sobrepeso, se observan diferencias en la prevalencia entre las distintas regiones españolas, estando la Comunidad Andaluza y las Islas Canarias a la cabeza de todas ellas. A nivel económico, brevemente en España se ha calculado que la obesidad consume entre el 1% y el 7% de los recursos nacionales destinados a la salud.³ Ya que padecer obesidad aumenta el tiempo de estancia hospitalaria por cualquier proceso, cómo en los procesos que pueden rodear al periodo perinatal. También es sorprendente comprobar cómo en nuestro medio, no existen diferencias significativas en el aporte de energía ni de nutrientes en las dietas de las embarazadas en función del nivel de estudios ni en función del nivel de ingresos mensuales familiares. OBJETIVOS: **Identificar las recomendaciones nutricionales necesarias en la gestación.** **Reducir mediante** las clases de educación maternal la morbilidad asociada al sobrepeso en las gestantes. METODO: Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre las recomendaciones nutricionales en las embarazadas en Pubmed, Biblioteca Cochrane Plus, SEGO, CDC. RESULTADOS: Consideramos que un marco tan amplio y tan grave por su prevalencia, necesita el abordaje. En relación a la evidencia de las intervenciones en obesidad y sobrepeso en la gestante. Hay que señalar, que el incremento de la prevalencia, así como toda su morbilidad asociada a la gestación está generando diversos estudios. Y no sólo principalmente para disminuir o controlar el sobrepeso en la gestante, sino también respecto a la calidad de su nutrición. Ya que existe actualmente una alta prevalencia de anemia y déficit de proteínas en algún momento de la gestación. Estos dos motivos de peso, la sociedad científica, está obligada a diseñar intervenciones de educación maternal referente a la nutrición, que integren las últimas recomendaciones de la evidencia y además inculcar conocimientos, actitudes y habilidades necesarias para adoptar conductas sanas en cuanto a la alimentación o elección de los



alimentos, evaluando su efectividad para mantener el peso adecuado a su estado de proceso gestacional y sus niveles necesarios tanto de macronutrientes como de micronutrientes a lo largo del embarazo. DISCUSION: Queda justificada la búsqueda y revisión bibliográfica de la evidencia actual, para las recomendaciones nutricionales de la embarazada. Y para la educación maternal referente a la nutrición en cada una de las interacciones que surgen con el profesional sanitario. Por ello consideramos que los profesionales sanitarios que están en contacto con la embarazada durante su gestación deben de tener unas referencias muy claras tales como las que se describen a continuación. En relación a la ganancia de peso. □ Una embarazada debe de ganar entre 1 y 2 kgr durante el primer trimestre y unos 400 gramos semanales a partir del segundo trimestre. □ La ganancia de peso normal será de 11 a 14 kilos a lo largo del embarazo. □ Las mujeres obesas deben limitar su ganancia de peso a 6 o 7 kgr como máximo. Breve apunte sobre las recomendaciones nutricionales. □ La mayor parte de las recomendaciones sobre la selección de los alimentos por parte de la mujer embarazada son aplicables al conjunto de la sociedad y deben partir del conocimiento de las características de la dieta de la población. □ Los objetivos son: □ Disminuir el porcentaje de energía aportada en forma de líquidos (Bebidas gaseosas hipercalóricas). □ Disminuir la contribución de colesterol dietético. Y el aporte de grasas saturadas. □ Disminuir el aporte de hidratos de carbono de rápida utilización. □ Aumentar la densidad de micronutrientes (vitaminas y minerales). □ Se incrementa los requerimientos de proteínas, en un 12 % por la acelerada síntesis proteica. Al aumentar de tamaño el útero, las mamas, el tejido placentario y fetal. Y por el aumento de la expansión del volumen sanguíneo materno. Por lo que la ingesta debe ser aumentada tanto en cantidad como en calidad. □ Tomar omega 3 y omega 6. Qué se encuentra en el aceite del pescado y de algunos frutos secos... es beneficioso para la función cognitiva en la niñez. Dra. Pauline Emett □ Suplementos alimenticios enriquecidos que contengan leche y ácidos grasos esenciales, ofrecen beneficios a la mejora de la condición materna y el resultado del embarazo. □ No tomar suplementos de ácido fólico/vitamina B9, afecta al comportamiento del niño en fase temprana. Dr. Sabine Roza. 0,4 mg/día y con antecedentes de espina bífida 4 mg/día en cualquier caso hay que tomarlo un mes previo a la gestación y durante el 1º trimestre. □ Respecto al Yodo. Cuando vayas a recomendar a las mujeres que desean un hijo y a las que ya están embarazadas que tomen suplementos de folato, haya o no pruebas de su carencia en la alimentación, no olvides que debes hacer lo mismo con respecto al uso sistemático de suplementos de yoduros, prologado durante la lactancia. (GABRIELLA MORREALE DE ESCOBA) □ Recomendar, el uso de la sal yoyada 3-4 g al día y productos del mar. A lo largo de la vida de todos los pacientes.



P-238.- TRASTORNO DE DEFICID DE ATENCION EN LA INFANCIA: FUMADORES PASIVOS.

JEAN PAUL-ROMERO S*, MOLINA-MADUEÑO R, RODRÍGUEZ-BLANCO A, SISTO-ALCONCHEL B, MARTÍN-CARABALLO Y, BUYTRAGO-PALOMINO S.

HOSPITAL DE JEREZ.

RESUMEN.

INTRODUCCION: El consumo de tabaco en la población infantil como fumadores pasivos representa un problema de salud pública significativo en diversas partes del mundo pese a las campañas sanitarias implementadas para evitarlo. Los efectos dañinos del humo de tabaco, activo y pasivo, afectan al ser humano a lo largo de toda la vida, desde el período intrauterino. El humo del cigarro puede aumentar el riesgo de padecer trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Un estudio de la Asociación Americana de Pediatría concluyó que los niños expuestos al humo de segunda mano en el hogar tenían un riesgo 50% mayor de desarrollar dos o más trastornos neuroconductuales de la infancia en comparación con otros niños sin esta exposición. Un estudio elaborado por la American Academy of Sleep Medicine revela que la exposición prenatal al tabaco puede modificar los patrones de sueño en los prematuros recién nacidos y tener graves consecuencias para el desarrollo del cerebro del bebé. Los estudios reflejan también que los neonatos de madres fumadoras presentan más movimientos durante el sueño, lo que lleva a un sueño más fragmentado y perturbado, y corren más riesgo de sufrir déficit de atención durante la infancia. **OBJETIVOS:** Concienciar a los padres de las repercusiones que puede tener el tabaco en cuanto a trastornos de déficit de atención. Reducir el consumo de tabaco en los padres. Disminuir en la medida de lo posible problemas en la atención de los niños. **METODO:** Se ha realizado una revisión bibliográfica en manuales, documentos de consenso, guías de práctica clínica, protocolos y material on line utilizando los términos como TRASTORNO DE DEFICID DE ATENCION Y HABITO TABAQUICO EN EMBARAZADAS. **RESULTADOS:** Se ha observado que la exposición del tabaco de manera pasiva en los niños tiene una gran relación como factor de riesgo con respecto a trastornos de déficit de atención con hiperactividad en la infancia y que todo ello repercute en el desarrollo intelectual del niño y genera un gasto sanitario en cuanto a la atención sanitaria del mismo a parte de los problemas que genera en el desarrollo intelectual del niño. **DISCUSION** Por ello consideramos que el personal sanitario debe estar capacitado para desarrollar actuaciones de deshabituación tabaquica en el entorno familiar de los niños los cuales se encuentren expuestos al humo del tabaco ya que hemos valorado que tiene amplias repercusiones.



P-239.- EFECTOS EN LA SALUD DE LA PRIMERA INFANCIA RELACIONADOS CON EL PARTO INDUCIDO.

PATIÑO M*, GARRIDO R.

HOSPITAL GENERAL VIRGEN DE ARRIXACA.

RESUMEN.

El parto a través de los tiempos ha sido considerado un acto fisiológico, sin embargo, por razones asociadas al desarrollo del embarazo y del mismo parto, o socio culturales y circunstanciales, puede requerir de intervenciones clínicas para garantizar la supervivencia y el bienestar materno fetal. Entre las cuales, una de las más utilizadas, es la inducción del parto, mediante el uso de las prostaglandinas y la oxitocina. Sustancias que a su vez son producidas por el organismo. La oxitocina es una hormona relacionada con la conducta maternal, los patrones sexuales y actúa como neurotransmisor cerebral. Cuando estas sustancias producidas de manera sintética son administradas en la mujer gestante pueden producir efectos adversos a nivel materno y fetal inmediatos, como la hiperestimulación del útero que puede producir sufrimiento fetal, rotura uterina o retención placentaria entre otras, los cuales han sido evidenciados a través de diferentes estudios. De otra parte, y menos estudiado son los efectos en salud de los hijos de las madres sometidas a la inducción del parto. Razón fundamental por la cual, a través de este estudio se busca responder la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son los efectos en la salud de los hijos e hijas de madres sometidas a la inducción del parto? Respuesta que se encontrará a través de un meta análisis que aporte mayor evidencia científica a través de la revisión y análisis de los resultados de los diferentes estudios que contribuyan a optimizar la toma de decisiones y mejorar la ciencia y el arte de la matronería. OBJETIVOS: Identificar los efectos en la salud de las hijas e hijos en su primera infancia de madres sometidas a la inducción del parto. METODO: Se realizará un estudio de meta análisis con estrategia de búsqueda basada en el registro de artículos y ensayos de la base de datos de Cochrane, Index Medicus, Science Citation Index, Current Contents, Medline, Embase, Toxline, etc., a partir de sistemas de indización de publicaciones y en las bibliografías de los estudios relevantes e intercambio directo de información con expertos en el tema. La información será registrada a través de un formulario dando mayor relevancia a los ensayos clínicos, los estudios casos y controles y de cohortes. ANALISIS DE RESULTADOS: Con base en la información obtenida se estructurará la base de datos en Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) y se realizará el análisis. DISCUSION: El análisis de los resultados permitirá conocer los efectos de la inducción del parto en la salud de las hijas e hijos de madres que han sido sometidas a la inducción del parto y su vez, aspectos relacionados con las intervenciones realizadas por la matronas.



P-240.- EXPERIENCIA DE TRES AÑOS EN LA COLOCACIÓN DE IMPLANTES SUBCUTÁNEO ANTICONCEPTIVOS.

ESPINACO-GARRIDO MJ, ROMAN-OLIVER J, ESPINACO-GARRIDO P, MARTÍN-MOCHALES E, LARA-MONTERO AM.

CENTRO DE SALUD PINO MONTANO B.

RESUMEN.

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. MATERIAL Y METODO: 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. 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%. DISCUSION: 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.



P-241.- ESTUDIO SOBRE LA ALIMENTACIÓN DE LAS GESTANTES EN NUESTRO ENTORNO.

GASSOL MN, CABRERIZO P, TORRUELLA I, MOVELLAN M, ORTEGA C.

PASSIR LA RIERA MATAMOROS BDN.

RESUMEN.

Numerosos estudios demuestran la relación entre la alimentación de la mujer gestante y la salud y crecimiento fetal. Una alimentación inadecuada se relaciona con posibles complicaciones. OBJETIVOS: Objetivo general: Identificar los hábitos alimentarios en nuestra población de mujeres gestantes. Objetivo específico: Proporcionar conocimientos y habilidades para una alimentación sana y equilibrada. Prevenir riesgos por malos hábitos alimentarios y por tanto mejorar con ello la salud materno-infantil de las mujeres que atendemos. METODOS: Es un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal, realizado mediante una encuesta anónima que se llevará a cabo en la consulta de obstetricia contando con la participación de las Matronas autoras de este estudio. Los sujetos del estudio son las gestantes que acuden a su primera visita de embarazo desde el 2 de Julio hasta el 30 de Octubre del 2012. RESULTADOS Y DISCUSION: La finalidad es reflexionar sobre la dieta diaria de las gestantes en nuestro ámbito. Los datos recogidos serán analizados y se presentarán en el Congreso al finalizar el periodo de estudio.



P-242.- REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA EN LA MUJER EMBARAZADA.

MAYORAL-CÉSAR V*, CASADO-FERNÁNDEZ LE, GARRIDO-LÓPEZ M, LUQUE-LEÓN M.

RESUMEN.

OBJETIVO: Exponer el algoritmo a seguir ante una parada cardiorrespiratoria en una embarazada matizando las diferencias que existe con la no- embarazada, con el fin de salvaguardar las dos vidas implicadas: la de la madre y la del feto. **MATERIAL Y METODO:** Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos tales como Medline, ILCOR(International Liaison Committee on Resuscitation), Consejo Español de RCP, la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y Sociedad Española de Cardiología). Para ello efectuamos un esquema donde se detalla la pauta de actuación a seguir ante una parada cardiorrespiratoria en una mujer gestante. **RESULTADOS:** La parada cardiorrespiratoria tiene gran importancia por ser la situación más grave que se puede presentar en una emergencia; según datos que ofrece SEMICYUC, la mortalidad materna por paro cardíaco ronda 1/30000. El actuar de una forma inmediata y adecuada incrementa la supervivencia en el primer minuto un 98% y va disminuyendo cada minuto. La persona encargada de realizar la reanimación cardiopulmonar a una gestante debe tener en cuenta los cambios fisiológicos que se producen en el cuerpo de la mujer, sobre todo a nivel del sistema gástrico, respiratorio y cardíaco; porque esto determinará la pauta de actuación a seguir en esta situación de emergencia. La RCP en la embarazada tiene la misma secuencia que una RCP convencional existiendo algunas diferencias muy significativas (posición correcta de la embarazada, modo de desobstruir la vía aérea y la localización del punto de compresión a nivel del tórax). **Conclusiones:** La tasa de supervivencia materno-fetal y el pronóstico tras la reanimación dependen de la realización de la RCP de la manera mas precoz y correcta posible. Por ello, es de vital importancia que los profesionales de la salud conozcan las particularidades que implica la realización de estas maniobras en una embarazada.