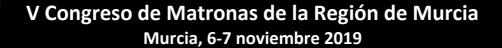




# LIBRO DE PONENCIAS Y COMUNICACIONES



© AMRM. Asociación de Matronas de la Región de Murcia ISBN: 978-84-09-14933-9 Diseño y maquetación: C de congresos. Este 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, no se hace responsable de los contenidos u opiniones vertidas, ni de posibles erratas en los mismos.

# ÍNDICE

Presentación	3
Comités	4
Programa	5
Conferencia "El origen de la atracción sexual. Una nueva visión sobre las bases biológicas del amor". José A. Galián Megías.	9
Ponencias	
"Educación sexual y jóvenes : ¿Cual es nuestro papel". Isabel Guerrero Campoy	15
"Postergación de la Maternidad: Bases socio-antropológicas". Jose Manuel Hernández Garre	18
"Proyecto pa-maternidad tras pérdidas perinatales". Ana Rivas Molina	27
"Reto Gravidity: registrar nuestro trabajo digitalmente". Pedro Pablo Serrano Rojas	31
"Nuevo reto: Incorporar la EPSG al Climaterio en la actividad de la Matrona en AP. Experiencia en AP Águilas". <b>Ángeles Carrasco López</b>	37
"Construyendo juntos los primeros espacios humanos". Ricardo García de León González	41
"Una Comunidad amiga de las madres y de los bebés". Manuel Alcaraz Quiñonero	47
Comunicaciones Orales	52
Comunicaciones Posters	68
Agradecimientos	158

# **PRESENTACIÓN**

Nos sentimos muy orgullosos de poder celebrar una nueva edición del Congreso de Matronas de la Región de Murcia. Este año con más fuerza y orgullo ya que son muchos los acontecimientos acaecidos en los últimos meses y que influyen de una manera relevante a nuestro colectivo.

Celebramos que caminamos juntas en el reconocimiento social e institucional de nuestra hermosa profesión. No es fácil pero nosotras somos mujeres y hombres con una gran determinación y unos deseos acérrimos de llevar esta profesión a lo más alto.

Festejamos que poco a poco nuestras compañeras más jóvenes van encontrando un hueco estable como profesionales de la obstetricia y de la ginecología gracias a las reconversiones de los puestos de trabajo que tanto esta junta como las juntas que nos precedieron han luchado sin desfallecer.

Queremos felicitaros por el camino andado y por la llegada de las Matronas® como signo de distinción de nuestra profesión, única e inigualable.

Vosotras compañeras y compañeros sois el motor, el apoyo y la crítica que nos hace mejorar. Gracias por estar ahí cada día dando lo mejor a cada mujer, a cada hijo, porque sois las manos que acompañan la vida.

La Presidenta del Comité Organizador

El Presidente de la AMRM

La Presidenta del Comité Científico

María Dolores García Albarracín

Daniel Morillas Guijarro

María José Caravaca Berenguer

# **COMITÉS**

COMITÉ ORGANIZADOR	COMITÉ CIENTÍFICO
Presidenta	Presidenta
María Dolores García Albarracín.	María José Caravaca Berenguer.
Matrona. CS Águilas Norte. Área de Salud III	Matrona. CS Mariano Yago Yecla.

Vocales Vocales

### Daniel Morillas Guijarro.

Matrón. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

### Concepción Martínez Romero.

Matrona. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

### Pedro Pablo Serrano Rojas.

Matrón. CS Jesús Marín Molina de Segura.

### María Dolores Molina Ruano.

Matrona. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

### Noelia Pardo Martínez.

Matrona. CS San Antón Cartagena.

### Alicia María Llanes Saura.

Matrona y Fisioterapeuta. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

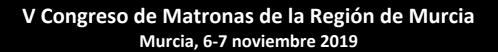
### Juan Rafael Moreno Ruíz.

Matrón. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

### Elisa Isabel Ramírez Martínez.

Matrona. Hospital de Torrevieja.





**PROGRAMA** 

#### Miércoles 6 de noviembre de 2019

#### Talleres Pre - congreso

09.00h Taller " Des-Konecta Mindfulness'

#### Imparten:

- Marta Aparicio Catalán. Psicóloga general sanitaria. Coach ACC. PracBBoner PNL. Técnica en Mindfulness, cerBficada en Coaching per Valores y experta en conducta adicBva.
- Pol San Barón. Pedagogo, formador, Coach ACC. PracBBoner PNL. Experto en herramientas Metalog.

Patrocina

G	ш	1.3	n	h		ЕΗ	•	a I	н			Á	-	ta	ш	0.0
ш			u			-1	ш	71		4.	ш	LO.				ш

Imparte:

María Carmen Saorín Gil. Profesora de Danza Oriental. Directora de la Asociación de Danza Oriental Habibi & Ghazali.

14.00 Finalización taller

#### Congreso

15.30h Registro de participantes, entrega de acreditaciones y documentación

16.30h Inauguración Oficial a cargo del Excmo. Sr. D. Manuel Villegas García, Consejero de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

17.00h Conferencia Inaugural

> "El origen de la atracción sexual. Una nueva visión sobre las bases biológicas del amor". José A. Galián Megías. Especialista en Inmunología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Presenta: Maria Dolores García Albarracín. Presidenta del Comité Organizador.

18.00h Presentación.

> "Beneficios extracción doble y Nueva Tecnología Flex". Mari Cruz López Megias y Eva Atienza. Delegadas y Asesoras de Lactancia de Medela.

> > Patrocina

medela 📲

#### 18.30h Sesión de Comunicaciones Orales

C001- ABORDAJE INTEGRAL DE LA GESTANTE DROGODEPENDIENTE: EXPERIENCIA DE 4 CASOS.

Ruiz Hernández M. Sánchez Sauco MF.

C002- VALORANDO LA NECESIDAD DE LA SALA DE LACTANCIA EN LOS CENTROS DE SALUD.

García López MA, Montiel Amador MC, Del Arco Ramos P, Ros Bas O, González Pacanowska A, González Nieto JP.

C003- EFECTIVIDAD DE LA COMBINACIÓN DEL MANTEO, MOXIBUSTIÓN Y EJERCICIOS POSTURALES EN LA VERSIÓN FETAL EN **GESTANTES CON PRESENTACIÓN PODÁLICA.** 

Blanca Ruiz A, López Valerio E, Martínez Tomás FJ, Sánchez Ruano C, Verdeguer Furió J.

C005- ASOCIACIÓN ENTRE LA CONCENTRACIÓN SÉRICA DE 25-HIDROXIVITAMINA D3 EN EL PRIMER TRIMESTRE Y RESULTADOS **OBSTÉTRICOS Y NEONATALES.** 

Oliva Pérez J, Sánchez García M, Hernández Morante JJ, Arce Maure C.

C006- IMPORTANCIA DE LOS GRUPOS POSTPARTO EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA MEJORAR LA ADAPTACIÓN A LA MATERNIDAD. Hernández Meroño M. Fernández González B.

C009- ANÁLISIS DE LA PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA ESPECIALIZADA DE LACTANCIA MATERNA (CELM).

Bernabé Cases MO, Buendía Serrano S, Carbonell Simé EP, Silva Tubio JR.

CO10- LA INFLUENCIA DEL MODELO 'CASELOAD' O SEGUIMIENTO INDIVIDUALIZADO POR PARTE DE LA MATRONA SOBRE GESTANTES Y **NEONATOS.** 

Campuzano Gómez C, Fernández Honrubia C, García Sarabia M.

Modera: Noelia Pardo Martínez. Vocal Comité Científico.

#### Jueves 7 de noviembre de 2019

#### 09.30h Mesa Redonda "Los Jóvenes y la sexualidad".

#### Intervienen:

- "La mirada de PERSEA". Francisca Postigo Mota. Matrona de Atención Primaria del SMS. Coordinadora de PERSEA, Programa de Educación para la salud afectiva sexual de la Región de Murcia.
- "¿Sólo es sexo?" Anna Isabel Gil Wittke. Psicóloga y sexóloga. Directora del Instituto de la Pareja.
- "Educación sexual y jóvenes: ¿Cual es nuestro papel". Isabel Guerrero Campoy. Educadora Social y Sexóloga Feminista especializada en Terapia del Reencuentro. Asociación Murciana de Apoyo a la Infancia Maltratada (AMAIM).

Modera: Daniel Morillas Guijarro. Presidente de la Asociación de Matronas de la Región de Murcia.

#### 11.00h Pausa Café

#### 11.30h Defensa de Posters

#### 12.30h Mesa Redonda "Aplazando la maternidad. Una nueva realidad".

#### Intervienen:

- "Postergación de la Maternidad: Bases socio-antropológicas". José Manuel Hernández Garre. Matrón y Antropólogo. Profesor del Departamento de Antropología Social Universidad de Murcia.
- "Actualización en Técnicas de preservación de fertilidad". Jesús Álvarez Castillo. Ginecólogo Jefe de Sección de la Unidad de Reproducción Asistida. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.
- "Proyecto pa-maternidad tras pérdidas perinatales". Ana Rivas Molina. Psicóloga Perinatal, terapeuta Gestalt y I nivel EMDR Madrid. Cofundadora de la Asociación Psicología Perinatal Murcia. Integrante del grupo de Psicología Perinatal y el Grupo de Emergencias del COP-RM.

Modera: Maria Dolores García Albarracín. Presidenta del Comité Organizador.

#### 14.00h Almuerzo de Trabajo

### 16.00h Mesa Redonda "Compartiendo experiencias, mejorando la asistencia"

#### Intervienen:

- "Ciclo de evaluación y mejora de citología en Atención Primaria". María José Caravaca Berenguer. Matrona. CS Mariano Yago Yecla.
- "Reto Gravidity: registrar nuestro trabajo digitalmente". Pedro Pablo Serrano Rojas. Matrón. CS Jesús Marín Molina de Segura.
- "El cuerpo femenino como método anticonceptivo: ¿El MELA es ciencia ficción?" Marcos Camacho Ávila. Matrón e IBCLC. Hospital Público Comarcal La Inmaculada de Huércal Overa-Almería.
- "Nuevo reto: Incorporar la EPSG al Climaterio en la actividad de la Matrona en AP. Experiencia en AP Águilas". Ángeles Carrasco López. Matrona. CS Águilas SUR Área III.

Modera: Alicia María Llanes Saura. Vocal Comité Científico.

#### 17.30h Mesa Redonda "Los primeros 1000 días"

### Intervienen:

- "Construyendo juntos los primeros espacios humanos". Ricardo García de León González. Presidente de la Asociación HQTQ (Hasta Que Tú Quieras).
- "Una Comunidad amiga de las madres y de los bebés". Manuel Alcaraz Quiñonero. Pediatra. CS Mariano Yago Yecla
- "Matrona, clave en los 1000 Primeros Días". Concepción Martínez Romero. Matrona. Subdirectora de Enfermería del Hospital Materno Infantil del HCUVA.

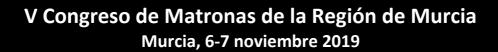
Modera: Pedro Pablo Serrano Rojas. Vocal Comité Organizador.

#### 18.45h Conferencia de Clausura

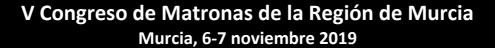
"Ambiente perinatal y modificación genética" Salvador Martínez Pérez. Director del Instituto Neurociencias.

Presenta: Daniel Morillas Guijarro. Presidente de la Asociación de Matronas de la Región de Murcia.

### 19.30 Clausura Oficial del Congreso.



# CONFERENCIAS



### El origen de la atracción sexual. Una nueva visión sobre las bases biológicas del amor.

### Jose Antonio Galián Megías.

Especialista en Inmunología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

¿Alguna vez has mirado a alguien y en un solo instante has comprendido que tu vida había cambiado?

Hablo de amor a primera vista, y sí, esta conferencia va de eso, y de muchas cosas más, todas relacionadas con esa pulsión innata que experimentamos los seres humanos que nos hace buscar la compañía de otros humanos. Durante la charla trato de demostrar que existen mecanismos en nuestra propia naturaleza que explican situaciones aparentemente extrañas al ámbito de estudio del método científico. Hablo de la pasión, la atracción sexual, la amistad, el matrimonio, la crianza de los hijos e incluso el amor. No creerás que las conclusiones que se desprendan sobre estas materias estén sustentadas todas ellas por estudios científicos de primer nivel. Pero lo más sorprendente de todo, estoy seguro, será cuando te des cuenta de que el culpable último de que podamos explicar científicamente la biología del amor, es tu sistema inmunológico.

Éste es un relato sobre cómo probablemente el sistema orgánico más complejo del cuerpo humano, encargado de mantenerte a salvo día tras día, influye en las más importantes de nuestras decisiones vitales.

Para explicar cómo el sistema inmunológico maneja los hilos de tu pasión, trato de hacer entender varias cosas, aunque de manera muy sencilla.

- 1. cómo este sistema te defiende de las infecciones y del cáncer.
- 2. que tu sistema inmunológico debe ser VARIABLE.
- 3. que cuanto más variable sea tu sistema inmunológico, más capaz serás de sobrevivir largo tiempo.
- 4. que el fin último de la pasión, es la procreación, pues la naturaleza nos conmina a reproducirnos. De otra manera, estaríamos abocados a la extinción.
- 5. por ende, nuestra naturaleza nos impele a buscar parejas reproductoras que generen descendencia capaz de sobrevivir también largo tiempo. Es decir, que su sistema inmunológico sea lo más VARIABLE posible.
- 6. deben existir mecanismos fisiológicos en nuestros sentidos que nos permitan detectar esa VARIABILIDAD en nuestras potenciales parejas, que es, en último término, lo que va a hacer que nos sintamos atraídos por ellas.

Variabilidad, palabra importante, recuérdala, es la madre de todo. Al que sea ducho en la materia no le habrá pasado desapercibido que de lo que estoy hablando en definitiva es de selección natural, tal y como la definió Charles Darwin hace más de ciento sesenta años al alimón en una serendipia imposible con Alfred Russell Wallace. Más concretamente estaríamos hablando de selección sexual, definida también por Darwin en 1859 en El Origen de las Especies, donde uno de los géneros de la especie, normalmente el femenino (no escapa el ser humano a este principio), elige de entre las características de un individuo del sexo opuesto aquellas que le indican que podrá concebir hijos con las mayores probabilidades de supervivencia. Nótese, y quiero hacerlo resaltar aquí desde un principio, que lo que vamos a detectar en la potencial pareja son solo sus cualidades como pareja reproductora, excluyendo cualesquiera otras de índole psicológica o emocional. Lo que pretendo demostrar en esta conferencia es que nos vamos a sentir atraídos por personas con determinadas características inmunológicas, pues subconscientemente nos "hacen creer" que son las ideales para concebir hijos sanos. A este principio de elección lo he querido llamar "compatibilidad inmunológica de pareja", por semejanza al principio de compatibilidad inmunológica en los trasplantes de órganos y para distinguirlo precisamente de él, pues como se verá, funciona en sentido inverso. Quiero hacer constar también en este punto, y antes de que se alarme nadie, que los estudios científicos llevados a cabo en este campo no demuestran en absoluto un hermetismo clásico en cuanto a la atracción física se refiere, pues si lo que se detecta en la potencial pareja es su compatibilidad inmunológica, no existen razones lógicas para excluir que tales características se presenten en individuos de ambos sexos, y no solo del contrario.

En una primera parte de la charla trato de asentar las bases biológicas para llegar la siguiente secuencia lógica deductiva:

La vida sigue manteniéndose porque se reproduce. Y se reproduce para aumentar la variabilidad.

Pues la variabilidad es la clave para sobrevivir y prosperar ante los cambios del entorno (selección natural).

La variabilidad está en el ADN.

En el ser humano, las secuencias más variables de su genoma son, con mucha diferencia, las de los genes HLA.

Los genes HLA son extremadamente variables porque son imprescindibles para nuestra resistencia a las infecciones.

Por tanto, tener un buen repertorio, variable y seleccionado por el entorno, de alelos HLA, es imprescindible para sobrevivir.

Entonces, si normalmente valoramos en nuestra potencial pareja reproductora rasgos físicos o de inteligencia, como signos unívocos de una mejor probabilidad de tener una descendencia sana y próspera...

Es lícito plantearse que debemos tener algún mecanismo natural que nos permita, como individuos, reconocer la potencialidad del sistema inmunológico de una posible pareja, a fin de buscar las mejores oportunidades de supervivencia para nuestra descendencia, y, afortiori, la de nuestra especie

En resumen, si la variabilidad es la clave, no debemos por más que preguntarnos si somos capaces de reconocer el sistema HLA de una potencial pareja, y, más allá, sentirnos atraídos preferentemente por aquellas personas que complementen o mejoren nuestro propio sistema, a fin de que nuestros hijos tengan las mayores oportunidades de supervivencia.

Para responder a tal cuestión la literatura existente está basada en tres aproximaciones principales: evaluar el HLA de las parejas formadas en la vida real, estudiar experimentalmente si se puede evaluar la variabilidad HLA de un potencial pareja a través del olor, y estudiar si la percepción de la belleza en un rostro está afectada por la variabilidad HLA.

Los trabajos basados en parejas reales dejan claras dos cosas:

- Tenemos tendencia a juntarnos con personas de nuestra misma etnia, o al menos con personas de características físicas familiares.
- Dentro de las parejas, aquellas con HLA más diferente experimentan un grado mayor de satisfacción con los pormenores de la relación.

Por tanto, la elección que se hace de la pareja de por vida no tiene por qué ser la más atractiva, al menos biológicamente hablando.

Los trabajos basados en la belleza nos dicen que:

- Los hombres más diversos (con mayor número de alelos distintos HLA) son los más guapos para las mujeres.
- Existe la sospecha de que los hombres vean más guapas a las mujeres con HLA más diferente a ellos.

De los trabajos basados en la química entre personas (en el olor) se extrae que:

- Las mujeres se sienten más atraídas por los hombres con HLA más diferente al propio.
- Existe la sospecha de que en los hombres pueda ser igual.
- Las mujeres son más sensibles en los periodos fértiles de su ciclo.
- Alteraciones hormonales en éstas, como tomar la píldora anticonceptiva, cambia su preferencia natural, pasando a buscar lo similar.

Los metaanálisis, los cuales analizan todo lo anterior para buscar tendencias generales, nos dicen que:

- Los seres humanos nos sentimos atraídos por personas muy diversas.
- Los pocos trabajos con diseño experimental ideal nos dicen que los seres humanos preferimos parejas más diferentes a nosotros.

Bajo la luz de estas premisas, podemos decorar un escenario en el que preguntarnos una serie de cuestiones. Parece bastante evidente que las mujeres están sujetas a cambios comportamentales durante su ciclo ovulatorio.

Son muchos los trabajos que describen que los cambios hormonales alteran la forma de percibir los estímulos y cómo se reacciona ante ellos. Durante la fase fértil de su ciclo ovulatorio, las mujeres encuentran más atractivas las caras simétricas y masculinas, características que les reportan a su vez mayor número de orgasmos e incluso tenerlos a la vez que los hombres, lo que se relaciona directamente con un aumento de las posibilidades de embarazo. Las mujeres son capaces incluso de detectar estos cambios en otras mujeres, para relacionarse entre sí teniéndolos en cuenta.

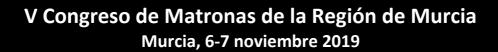
A su vez, los hombres, parecen tener similar capacidad, pues encuentran más guapas a las mujeres casualmente cuando éstas entran en los días fértiles de su ciclo. Todo esto nos da cuenta de que la química entre las personas es un hecho real y su modificación o enmascaramiento puede alterar nuestra evaluación natural de los contrarios, y peor aún, cambiar nuestra toma de decisiones en base a ello.

Todo ello apunta a que existen muchas formas de tomar una decisión "errónea" a la hora de elegir pareja, desde el estado hormonal hasta la forma que tenemos de emitir y percibir las señales químicas y visuales. Más allá de las connotaciones de eficacia inmunológica, existe evidencia científica de que las parejas que comparten mayor número de alelos HLA tienen más problemas reproductivos, incluyendo mayor número de abortos espontáneos y pérdidas fetales.

El ser humano moderno se encuentra sometido a una presión selectiva mucho más grande que la biológica, y es que la cultura dicta, como el credo de una religión, la mayoría de nuestras conductas. Nos dice o nos sugiere qué debemos amar, qué debemos odiar, qué debemos evitar y a qué debemos aspirar. No son pocas las culturas que se preocupan especialmente por los pormenores del comportamiento reproductivo de sus feligreses, lo que encorseta enormemente el libre albedrío de éstos. Pero hasta las más liberales, dictaminan una serie de comportamientos que lejos de ayudar, dificultan la evaluación del contrario.

No quiero acabar sin mencionar que la ciencia desarrollada en esta charla no descarta la atracción que pueda existir entre personas del mismo sexo. Es verdad que existen mecanismos de reconocimiento y atracción por el sexo contrario, sublimados en los momentos en que la probabilidad de concebir es más alta. Pero no puede ser de otra manera, pues como ya he dicho, reproducirse es lo primero. Pero en el caso concreto que nos ocupa, donde la atracción se basa en la detección del estatus HLA de la pareja, no encuentro obstáculo alguno para una persona detecte su elección óptima en el repertorio HLA de otra persona del mismo sexo, pues no existen alelos HLA específicos de mujer y alelos HLA específicos de hombre. Obviamente, la orientación sexual de cada uno determinará qué sexo hace que la química se desate en su cerebro.

Queda por delante un campo de estudio estimulante, pues muchas de las preguntas que nos hemos planteado están pendientes de ser refrendadas con nuevos trabajos. A la luz de lo que ahora sabemos, sería interesante que los futuros estudios tuvieran en cuenta la presencia del órgano vomeronasal o la densidad de receptores específicos en la mucosa olfatoria principal. Debemos adentrarnos en la evaluación de otros fluidos corporales. Imagina un estudio en el que, a ciegas, los participantes tuvieran que examinar la atracción de un beso a otra persona. O hacer estudios de campo controlados, juntando por ejemplo a un número enorme de personas en un lugar cerrado durante varias semanas, sin ningún tipo de artificio estético, para ver que interacciones ocurren entre ellas, y si las más íntimas están relacionadas con sus estatus HLA. Como un enorme Gran Hermano. En todos ellos habría que controlar el estado ovulatorio de las mujeres, y por supuesto la edad de los participante ¿Son nuestras preferencias iguales con veinte años, con treinta o con cuarenta? Pues es probable que no, en la medida que nuestra capacidad orgánica para detectar el estatus genético de los demás cambiara o se deteriorara con los años. Sin contar además con la influencia que la edad tuviera sobre nuestras perspectivas reproductivas. En la mayoría de los trabajos en los que se basa esta charla participan estudiantes de universidad, la mayoría de ellos entre los 18 y 22 años de edad, otros, sin embargo, utilizan indistintamente un rango de edad mucho más amplio, considerando como iguales las evaluaciones de una mujer de 18 y otra de 42. Esta cuestión merecería, como poco, futura consideración.



# **PONENCIAS**

### Educación sexual y jóvenes: ¿cuál es nuestro papel?.

#### Isabel Guerrero Campoy.

Educadora Social y Sexóloga Feminista.

Cuando hablamos de educación sexual, ¿de qué hablamos? ¿Hablamos de lo qué se es, de lo qué se tiene, de lo qué se hace...?

> ¿Cuándo hay que empezar a hablarles de sexualidad? ¿Hay una edad para empezar a hablar con los hijos e hijas?

> > ¿Es lo mismo sexo que sexualidad? ¿Cuándo empieza la sexualidad? ¿Y cuando acaba?

¿Qué hago si no sé responder a sus preguntas? ¿Y cómo abordar el tema si no me pregunta? ¿Qué me pasa a mí con en este tema?

Con la sexualidad pasa algo muy curioso que no pasa con otras temáticas ni con otros aspectos de nuestra vida y es miedo, tabú, pudor, inseguridad, pensar que es un tema privado, no saber qué decir, evitación a hablar del tema con hijos, hijas o con el alumnado o directamente pensar que se aprende solo.

La familia y los centros educativos, enseñan, educan, forman, transmiten los valores sanos y deseables con los que, se espera, debe crecer la persona, intentando que estos valores conduzcan sus relaciones personales, sociales y sexuales de una forma sana y saludable.

¿Pero qué pasa cuando esa función no se cumple como se espera?, ¿Cuándo la persona adulta siente que no está preparada?, ¿Cuándo se evita el tema?, ¿Cuándo se deja a un lado?, ¿Cuándo genera miedos?, ¿Cuándo no se sabe qué hacer?, ¿Cuándo se deja pasar?.....

Aún en 2019, la educación afectivo-sexual sigue estando ausente prácticamente en todos los centros educativos, no se nos enseña a hablar de afectos, de emociones, de vínculos afectivos, de los cambios corporales, de atracción ni deseo, de orientaciones e identidades, en definitiva no hablamos de sexualidad de una forma positiva, sana y consciente. Cuando se habla, se habla de cuestiones puramente biológicas o se habla para evitar peligros como la prevención de embarazos no deseados, de infecciones de transmisión sexual y de abusos sexuales.

Hemos de tener claro que todas las personas somos sexuadas, tenemos un cuerpo sexuado que hace posible que nuestra sexualidad viva, se desarrolle, se transforme y se pueda expresar.

El conocimiento sexual nos ayuda a crecer como personas y por tanto a ser mejores personas. Si no se transmite de forma consciente y no nos responsabilizamos como personas adultas a transmitir y a acompañar a nuestros niños, niñas y adolescentes (NNA) en su proceso de cambio constante y autoconocimiento personal, tampoco podemos esperar que hagan lo que no están preparados/as para hacer, lo que nadie les ha enseñado o lo que no se ha trabajado e interiorizado.

En temas de sexualidad siempre vamos tarde ya que la mejor etapa para educar en las sexualidades es la infancia. Cuando abordamos el tema con chicos y chicas en la adolescencia normalmente se les habla de los problemas, a los peligros, a lo urgente, proyectamos nuestros miedos y si solo hablamos de negativo, desde el pánico y la prohibición entonces la consecuencia es que desconectan.

Y cuando desconectan buscan sus fuentes de información y sabemos que para muchas personas jóvenes, internet se está convirtiendo en su referente como modelo de educación sexual, con las consecuencias que ello conlleva como pueden ser ideas erróneas de las relaciones eróticas, falsas expectativas, frustraciones personales, bajas autoestima, problemas en las primeras relaciones, entre otras.

Aprender a conocernos, aceptarnos y llevarnos bien con nosotros mismos, para querernos, ser felices y poder mantener relaciones sanas e igualitarias es un objetivo primordial en el ser humano. La educación sexual es una pieza clave a la hora de conseguir ese objetivo, persigue que las personas se acepten, que tengan una imagen positiva de sí mismos/as, que se sientan a gusto con cómo se sienten, se quieran y se relacionen siendo capaces de expresar sus deseos y respetar los de otras personas, aprendiendo a convivir desde el buentrato estableciendo relaciones interpersonales equilibradas y satisfactorias.

Si les ofrecemos modelos y referentes que ejerzan sus afectos de forma respetuosa, aprenderán a reconocer riesgos y oportunidades, a identificar relaciones de poder y a tomar decisiones de una forma responsable y autónoma.

Si les normalizamos las diversidades entenderán que cualquier persona merece ser respetada.

Si les dotamos de pautas de protección y actuación ante casos de maltrato o abuso les estaremos protegiendo. El que niños y niñas comprendan que se puede decir NO ante besos, abrazos o caricias no deseadas y su entorno respete cómo desean trasmitir sus muestras de afectos, les aportará por un lado, conciencia de que su cuerpo es suyo y les pertenece y, por otro, les empoderará para rechazar cualquier tipo de relación no deseada.

Si les reforzamos su autoestima y autoconocimiento esteremos potenciando su autonomía y seguridad personal.

Si les ayudamos a tomar sus propias decisiones, podrán tener una vida sexual plena, sana y placentera.

Si hablamos de la sexualidad de forma natural y veraz evitaremos que siga siendo un tema tabú y romperemos mitos.

Por eso propongo reflexionar sobre cuál es nuestro papel, como personas adultas, en el acompañamiento de la sexualidad de nuestros NNA.

En definitiva, la educación sexual, como herramienta transformadora, es educar desde la igualdad, por la igualdad y para la igualdad, es educar en feminismo y presentar modelos de convivencia desde el buentrato, para buentratar y buentratarnos. Estos posiblemente sean los elementos principales y fundamentales para concienciar, dotar de herramientas y poder erradicar las violencias machistas en general y las violencias sexuales en particular.

Si hacemos educación sexual de calidad estaremos trabajando para una sociedad informada, libre y respetuosa entre sus individuos y sus sexualidades.

### La postergación de la maternidad: bases socioantropológicas.

### José Manuel Hernández Garre

Departamento de Antropología Social y Ciencias Políticas. Universidad de Murcia.

En las sociedades industriales contemporáneas, y en concreto en nuestro contexto español, las estadísticas reflejan una postergación de la maternidad que viene produciéndose de forma ininterrumpida desde la década de los setenta. Las causas aducidas desde la sociología, y respaldadas por las propias mujeres, pivotan entre las razones laborales y económicas, la falta de deseo o la inestabilidad en la pareja. Desde la antropología comparada se ha constatado que este fenómeno se da en la mayoría de las sociedades que han transitado desde la economía agrícola a la industrial. Tránsito que propicia metamorfosis a distintos niveles (filiación, localidad, tipo de familia, estratificación de género, división publico/privado, cultura de trabajo) motivando un cambio en la cosmovisión de la maternidad y en los sistemas de conciliación familiar.

#### Introducción

El estudio de cualquier fenómeno social requiere de dos vertientes de análisis que responden a presupuestos epistemológicos distintos, de una parte están los hechos y de otra las posibles razones. De la constatación de los hechos se encarga el abordaje cuantitativo del fenómeno, que nos pone en situación de lo que sucede y de la evolución estadística de esa realidad, de los porqués se encargan dos especialidades, la sociología, que aduce razones desde el estudio de los motivos de los propios sujetos inmersos en esa sociedad, y la antropología, que deduce los porqués desde un análisis intercultural en clave de antropología comparada.

### Los hechos

#### Analizando las estadísticas.

Si acudimos a los datos del INE referidos al 2018 observamos que existe una clara postergación de la media de edad con que se tiene el primer hijo tanto en mujeres españolas como extranjeras, evolución creciente que se viene produciendo de forma ininterrumpida desde el año 1975. Los datos reflejan que la media de edad con que se tenía el primer hijo en el año 1975 era 24,80 años, mientras que en el año 2018 ha subido a 31 años de media (tabla 1).

Tabla 1. Edad promedio primer hijo. Fuente (INE, 2018)										
Ambas nacionalidades										
1975	1985	1995	2005	2010	2015	2018				
24,80	25,79	28,41	29,40	29,82	30,69	31,00				
Española										
2002	2006	2008	2012	2014	2016	2018				
29,59	29,98	30,11	30,89	31,08	31,34	31,59				
Extranjera										
2002	2006	2008	2012	2014	2016	2018				
26,17	26,39	26,17	27,09	27,48	27,68	27,96				

La postergación de la maternidad es un hecho tanto en mujeres españolas como en extranjeras, si bien en las españolas la edad media de maternidad del primer hijo es aún superior con 31,59 años frente a 27,96 de media en mujeres extranjeras (Tabla 1). Se puede observar además que en todos los rangos de edad la el número promedio de hijos es mayor en mujeres extranjeras, sin que en ninguna de ellas se llegue al promedio que asegura el relevo generacional (Figura 1).

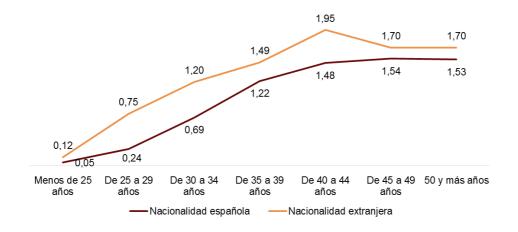


Figura 1. Número medio de hijos por mujer según nacionalidad por grupo de edad. Fuente: INE (2018)

Si nos centramos en el porcentaje de mujeres que no han sido madres por grupos de edad observamos que los mayores porcentajes se encuentran en las franja de <25 años, con 96,2 de españolas y un 89,8 de extranjeras, y entre los 25 y los 29 años, con un 83,5 de españolas y un 55,4 de extranjeras. Estos datos confirman también la tendencia a postergar la maternidad que se produce sobre todo en las mujeres españolas (Figura 2).

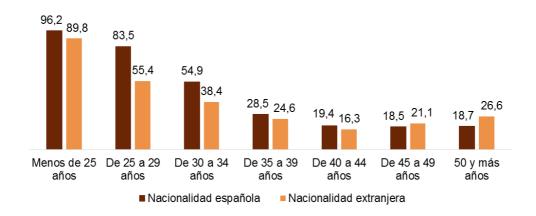


Figura 2. Mujeres que no han tenido hijos según nacionalidad por grupo de edad Fuente: INE (2018)

Si prestamos atención al porcentaje de mujeres que han retrasado la maternidad respecto a su edad ideal encontramos que los mayores porcentajes se encuentran en las que tienen entre 35 y 39 años, con un 46,9% y una media de 4,8 años de retraso, y entre los 40 y 44 años, con un 51,7% y una media de 5,5 años promedio de retraso (Fig. 3).

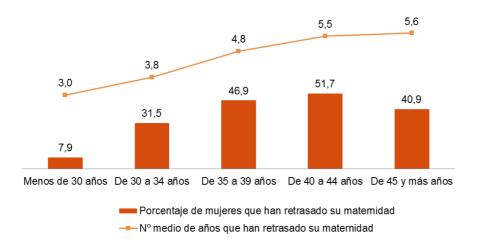


Figura 3. Mujeres que han retrasado la maternidad respecto de la considerada como ideal. Fuente: INE (2018)

En cuanto a las tasas de fecundidad por franja de edad observamos que éstas son mayores prácticamente en todos los tramos de edad si contrastamos el año 1978 con el año 2018. También se puede ver como entre los19 y los 24 años se ha producido una disminución brusca de la fecundidad entre estos dos periodos. Desplazándose además la tasa de mayor fecundidad desde los 25-29 años hasta los 30-34 años. También observamos que hasta los 34 años las tasas de fecundidad son muy superiores en 1978 respecto a 2018, invirtiéndose la curva a partir de los 35 años donde las tasas de fecundidad son mayores en 2018 respecto a 1978 (Tabla 2).

Las

Tabla 2 Tasa de fecundidad por franja de edad. Fuente: INE (2018)											
Edad	10- 14	1 5 - 1 9	20- 24	25- 29	30- 34	3 5 - 3 9	4 0 - 4 4	4 5 - 4 9	> 5 0		
1978	0,24	2 6 , 3 6	132 ,27	167 ,19	106 ,71	5 4 , 9 7	1 7, 5 5	1 , 5 4	0 , 4 5		
2018	0,08	6 , 2 7	24, 03	51, 43	86, 18	6 3 , 8 5	1 6, 7 4	1 , 4 8	0 , 5 0		

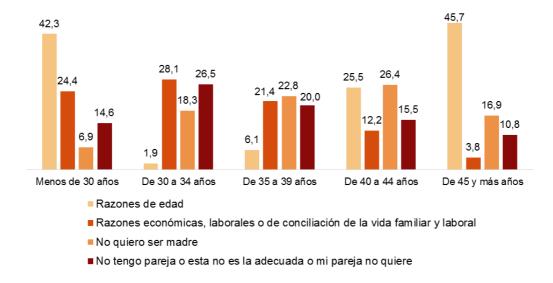
### razones

### De la sociología a la antropología comparada.

En el estudio de las razones hay que discriminar entre el abordaje socilógico, más centrado en el estudio estadístico de las razones aduccidas por los propios sujetos de estudio, y el antropológico, más circunscrito a los porqués que se derivan de la comparación intercultural.

### Aportaciones desde el análisis sociológico

La encuesta de fecundidad del Instituto Nacional de Estadística aporta las principales razones aducidas por las mujeres para retrasar su maternidad. Los motivos que mayor prevalencia tienen son: las razones de edad, las económicas, laborales o de conciliación, la falta de deseo de ser madre y el no tener pareja estable (Fig.4).



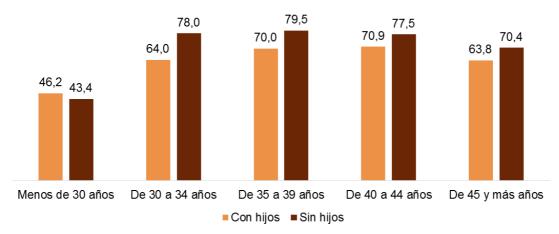
**Figura 4.** Principales motivos por los que no tienen intención de tener hijos por grupo de edad. Fuente: INE (2018)

Como se puede observar en la figura 4 la razón de edad y el hecho de no querer ser madre es aducida fundamentalmente por las mujeres que se encuentra en la franja de edad <30 años y por las que están por encima de los 45 años. En cuanto a las razones económicas, laborales y de conciliación son más relatadas en la franja de edad que va de los 30 a los 34 años. En esta línea observamos como el número medio de hijos es superior en todas las franjas de edad en el colectivo de mujeres que está inactivo laboralmente respecto al de mujeres trabajadoras (Fig. 5).



Figura 5. Número medio de hijos por mujer según situación laboral por grupo de edad. Fuente: INE (2018)

Como observamos en la siguiente figura el porcentaje de madres trabajadoras sin hijos es superior respecto a las que tienen hijos prácticamente en todas las franjas de edad (Fig. 6).



**Figura 6.** Mujeres que están trabajando según su condición de madres por grupo de edad. Fuente: INE (2018)

Por último respecto al hecho de no tener pareja como motivo de postergar la maternidad, tal y como se observa en la figura 4, se da fundamentalmente en la franja de edad entre los 30 y los 34 años. Sin embargo cada vez es mayor el porcentaje de madres no casadas que emprenden el viaje de la maternidad, pasando de un 19,27 en el año 2002 al año 2018 (Tabla 3)

Tabla 3 Proporción de niños nacidos de madre no casada(INE)									
2002	2005	2010	2015	2018					
19,27	23,85	34,40	45,53	48,17					

En resumen se puede afirmar que entre las principales causas sociológicas para postergar la maternidad en España se encuentran cuatro (Figura 7):

 Razones laborales. Éstas están relacionadas con la competencia profesional, el acceso tardío al mercado laboral, la falta de conciliación familiar y la difusión de una profesionalización que implica un periodo muy largo de formación.

- Razones económicas. Entre estas se encuentran los bajos salarios de los profesionales asalariados, el difícil acceso a la vivienda o el encarecimiento de la maternidad.
- La falta de deseo. Ésta está relacionada con las edades reproductivas extremas, la cultura individualista, el hedonismo o el productivismo.
- La inestabilidad de pareja: se relaciona con el miedo al compromiso o la desestruturación familiar.

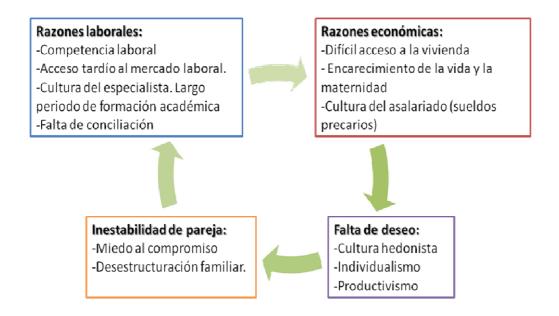


Figura 7. Causas aducidas por las madres para postergar la maternidad. Fuente: INE (2018)

#### Aportaciones desde la antropología comparada

Desde la comparación intercultural se ha observado que las transformaciones sociales que se producen cuando se transita desde una cultura agricula hasta una industrial propician por diferentes vías la postergación del proyecto de maternidad.

En primer lugar en el sistema económico agrícola los hijos son percibidos como un bien, al aportar mano de obra barata, sin embargo en las sociedades industriales, al desligarse la producción del ámbito familiar, los hijos pasan a ser una carga económica.

De otra parte la transición agrícola/industrial propicia un cambio en los sistemas de filiación y localidad, pasándose de las filiaciones unilineales en las que la herencia solo se adquiere por una de las vías de parientes (padre o madre) a las ambilineales donde ésta se adquiere por las dos partes. Este hecho produce una fragmentación del patrimonio familiar que además deja de estar ligado al medio de vida en las sociedades industriales, cuya economía no está

centrada en el cultivo de la tierra, ello propicia un mayor esfuerzo intergeneración para acumular los capitales necesarios para la subsistencia. Ello junto al cambio del sistema de localidad patri o matrilocal hacia el neolocal hace que las nuevas generaciones tengan que ahorrar grandes cantidades de dinero para adquirir una nueva vivienda al emprender un proyecto conyugal. Realidad que no se da en las sociedades agrícolas donde la patri o matrilocalidad hace que los individuos de las nuevas generaciones permanezcan en las casa de sus padres tras el matrimonio, no teniendo que ahorrar para acceder a la vivienda.

También hay que apuntar que la transición del sistema agrícola al industrial propicia un cambio en el modelo de familia, pasándose de la familia extensa a la familia nuclear o mononuclerar. Ello afecta profundamente a la conciliación y solidaridad familiar en la crianza, pasándose de una fuerte solidaridad familiar a una más escasa, todo ello dificulta sobremanera la conciliación familiar en las sociedades industriales donde la neolocalidad y la fragmentación de la familia propicia que los nuevos padres no encuentren siempre la ayuda familiar necesaria para la crianza de los hijos.

Otro de los aspectos a señalar es la división entre la esfera privada y pública y la estratificación de género. Mientras en las sociedades agrícolas existe una división muy tenue entre la esfera pública y privada en las industriales ésta es mucho mayor, ello condiciona una menor conciliación familiar, ya mientras en las sociedades agrícolas trabajo y crianza se producen en el mismo espacio físico, en las industriales esto es imposible. A ello se añade que en las sociedades industriales la estratificación de género tiende a disminuir, este es un dato positivo en cuestión de género, pero en cuestiones de crianza se pasa de una situación en la que la mujer tiene una carga simple de trabajo al estar más especializada en la crianza de los niños a otra en la mujer se encuentra sometida a una doble carga, el trabajo exterior y la crianza.

Por último, cabe destacar el tránsito desde una cultura de trabajo del autónomo, donde esfera pública (trabajo) y privada (crianza) pueden conciliarse mejor en el mismo espacio físico, a otra del asalariado o del especialista, donde esta conciliación no es posible. A ello se suman nuevas circunstancias como el hecho de que en la cultura del asalariado los ingresos son bajos y ello posterga el proyecto maternal, y en el caso de la cultura del especialista los ingresos son mayores, pero el itinerario de formación tiende a ser largo, circular y muy exigente, lo que también redunda en una postergación de la maternidad.

En resumen se puede concluir que las transiciones a nivel económico, de filiación, de localidad, de estructura familiar, de estratificación de género, de división entre la esfera público/privada y de cultura profesional que se dan

con el tránsito de una sociedad agrícola a otra industrial están detrás de muchas de las razones de la postergación del proyecto maternal (Fig. 8) (Harris, 1981; kottak, 203; Ember, Ember, Peregrine, 2004).



Figura 8. Factores culturales que se modifican con el paso de la cultura agrícola a la industrial.

Fuente: INE (2018)

#### **Bibliografía**

- Ember, C.R, Ember, M y Peregrine, P. (2004). Antropología. Madrid: Prentice Hall.
- Harris, M. (1981). Introducción a la antropología general. Madrid: Alianza Editorial.
- Instituto Nacional de Estadística. (2018). Encuesta de Fecundidad. INE
- Kottak, C.P. (2003). Antropología cutural. Madrid: McGraw-Hill.

### Proyecto pa-maternidad tras pérdidas perinatales.

#### Ana Rivas Molina.

Psicóloga y Presidenta de la Asociación de Psicología Perinatal de Murcia.

La pérdida de un bebé, sea en el vientre materno, durante el nacimiento o al poco tiempo tras nacer, supone un momento de crisis vital que afecta a diferentes áreas personales (Hughes, 2003). Si a este suceso estresante le añadimos una historia previa de problemas de fertilidad junto con una edad avanzada, supone agravar la aún más la situación.

La sociedad nos presenta una imagen de la mujer embarazada como mujer en "estado de gracia", en donde todo son alegrías y festejos. Durante las clases de preparación al parto nadie les habla de la posibilidad de que la gestación finalice antes de tiempo ni les informa de cómo será el proceso de parir a su bebé muerto. Y por supuesto ninguna persona le comentará que ella también sufrió una pérdida. Todo esto sumado a la dificultad que tenemos socialmente para hablar de la muerte y aceptarla como parte natural y certera de la vida, convierte a la muerte gestacional y neonatal es un duelo desautorizado (Doka, 2002).

Las palabras ayudan a configurar la realidad en la que vivimos. Lo que nombramos existe, y ¿qué pasa con lo que no nombramos?. No existe un término castellano específico para referirnos a los padres cuyo bebé ha muerto. Por eso, se ha lanzado una petición en internet, promulgada por la Federación Española de Padres de Niños con Cáncer, para solicitar a la Real Academia Española (RAE) que acepte el término "huérfilos", derivado de la raíz latina 'orbh' (alejar o separar) y 'filius' (hijo).

La muerte de un hijo es algo inimaginable para una mujer embarazada y su pareja. Recibir la noticia de "no hay latido" deja a los padres y madres sumidos en un estado de shock, todo su mundo se tambalea y les embarga un vacío y una tristeza difíciles de manejar (López, 2011). De repente, están en el hospital, la mujer debe parir a un bebé sin vida y tomar muchas decisiones de las que nunca habían oído hablar (despedirse del bebé, fotografiarlo, gestionar el cuerpo del bebé, decidir qué hacer con su leche materna....).

La experiencia clínica nos demuestra cómo cada miembro de la pareja focaliza su atención en aspectos diferenciados durante el ingreso hospitalario. La mujer centrada en su dolor físico y emocional, tratando de cumplir con lo que se le pide que haga mientras su mente no puede entender nada de lo que le está sucediendo. Para el padre la vivencia es un poco distinta, su atención se suele centra más en el estado fisiológico y emocional de su pareja adoptando el rol del fuerte y tomando el control para tomar las decisiones, comunicar la noticia a familiares y amigos y gestionar los papeles necesarios durante todo el proceso (Merke et al, 1990).

Después deben regresar juntos al hogar con los brazos vacíos y los corazones rotos. Y comienza otra etapa, que como la decía un ginecólogo a una madre tras el parto: "lo peor empieza ahora". Y la mujer no podía dar crédito a sus palabras porque se sentía hundida y rota en mil pedazos. Y al final, tuvo que darle la razón al ginecólogo porque vivenció el silencio y vacíos desoladores; las palabras hirientes, la incomprensión y el olvido de su bebé por parte de familiares y amigo; las exigencias para que volviera a retomar su vida y ser la mujer de antes...

Al poco tiempo, las madres en duelo reciben la visita de un enemigo implacable: la culpabilidad (Callahan et al, 1983). La necesidad de encontrar una causa a lo que les ha ocurrido, junto con la incertidumbre durante la espera de los resultados de la autopsia y la alta probabilidad de obtener una "autopsia blanca" (aquella que no aporta una causa exacta para explicar el fallecimiento de su bebé) les hace colocar el punto de mira en sí mismas como la causa del trágico suceso. Empieza así un análisis minucioso de cada actividad que pudiera ser inadecuada y posible causante de la pérdida del bebé. Sienten que su cuerpo no es válido, que tiene alguna tara y le ha traicionado (Herz, 1984). Esto se agrava cuando las mujeres han pasado por un proceso de fertilidad, porque su mensaje negativo hacia sí mismas es que tienen problemas para concebir y también para gestar a sus bebés.

Además todo su mundo se tambalea a su alrededor: sus creencias se ponen en tela de juicio, aparecen nuevas amistades y se pierden otras, su escala de valores ante la vida se reestructura y la relación con la pareja se transforma surgiendo encuentros y desencuentros. Las madres suelen sentirse tristes, necesitar hablar del bebé y tenerlo muy presente en su vida, sin embargo la emoción predominante en los padres suele ser el enfado y evitan mostrar su tristeza o vulnerabilidad (Johnson et al, 1996).

En muchas de estas mujeres puérperas aparece de forma temprana su deseo de ser madres de nuevo. No es una decisión fácil, sus ganas son inmensas y sus miedos también. Al principio aparece esa premura por quedarse de nuevo embarazadas, pero hay que esperar los resultados de la autopsia para confirmar la causa probable y así poder afrontar el nuevo embarazo con nuevas pautas médicas si fuera necesario. Por lo general los padres no suele

sentir esta prisa, siguen preocupados por el bienestar emocional de su pareja y prefieren esperar a restaurar su vida en la medida que sea posible antes de volver a ser padres.

Iniciar este nuevo camino hacia la pa-maternidad para lograr tener en sus brazos al ansiado bebé arcoíris (i.e. bebé nacido tras una pérdida gestacional o neonatal), supone un elevado coste emocional para la pareja. Por ello, la Asociación de Psicología Perinatal Murcia ha creado un grupo específico de apoyo a estas madres que gestan a su bebé arcoíris ya que precisan de un acompañamiento que sea más sensible a sus nuevas necesidades: no se sienten cómodas asistiendo a las clases de preparación al parto, su gestación se caracteriza por un alto nivel de ansiedad y miedo, y suelen crear una vinculación más tardía con el bebé (Escudé, 2018). Si aparecen nuevos condicionantes (edad materna avanzada o patologías) su anhelo se ser madre de un bebé vivo puede verse truncado para siempre.

En la Asociación de Psicología Perinatal de Murcia hemos tenido el placer de conocer a varios bebés arcoíris, que han aportado otros colores a las vidas de sus madres y padres. Y también hemos acompañado en las nuevas y desoladoras pérdidas. Por eso, preferimos hablar de proyecto arcoíris, que abarca a cualquier actividad o idea que logre cambiarles la mirada.

#### **Conclusiones**

Afrontar un nuevo embarazo tras un duelo perinatal supone un elevado nivel de estrés, ansiedad y miedo que precisa de una atención y acompañamiento sensible con el objetivo de reducir la probabilidad de aparición de trastornos psiquiátricos (Mercadé et al, 2017).

Es importante crear protocolos y actuaciones dentro del sistema sanitario para la formación y concienciación de los profesionales ante las necesidades y características específicas de estas familias en proceso de duelo.

La Asociación de Psicología Perinatal Murcia ha creado un grupo de apoyo y acompañamiento a las mamás que gestan un bebé arcoíris. Son grupos abiertos y gratuitos en donde las madres se expresan libremente sintiendo que pueden honrar a su bebé estrella (i.e. bebé fallecido en el vientre materno o al poco de nacer) a la vez que ansían besar, acunar, acariciar, mirar, escuchar a su bebé arcoíris. Además, hemos elaborado una "Guía de Acompañamiento a Familias Gestantes de su Bebé Arcoiris orientada a Profesionales Sanitarios".

#### Referencias:

Callahan, EJ. Brasted, Ws. Granados, JL. Life span developmental psychology. Normative life events, New York: Academis Pess. 1983

- Doka, K. Disenfranchised grief. New directions, challenges and strategies for pactice. Research Press. 2002.
- Escudé, A. Las ambivalencias del pasado, presente y futuro: Vivencias del embarazo después de una muerte intrauterina. *Revista Muerte y Duelo Perinatal Número 3. 2018*
- Herz, E. Psychological repercusions of pregnancy loss. *Psychiatr Ann* 1984;14:454-457.
- Hughes, P. Psychological aspects of perinatal lost. Current Opinion Obstetrics and Gynecology, 2003; 15:107-111.
- Johnson, MP. Puddifoot , JE. The grief respnse in the partners of women who miscarry. *Br J Psych, 1996; 69:313-327.*
- López, A. Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2011; 31(1), 53-70.
- Mercadé Caranza, C. Torá Ardevol, A. Itxaso, Figueras Uranga, I. Nuevo embarazo tras una pérdida perinatal. Subsequent pregnancy after perinatl loss. *Psicosomática y Psiquiatría, 2017.Caso clínico.*
- Merke, J. Mc Clead R. Perinatal grief and mourning. Adv Pediatr 1990; 37: 261-283.

### Reto Gravidity: Registrar nuestro trabajo digitalmente.

#### **Pedro Pablo Serrano Rojas**

Matrón. CS Jesús Marín Molina de Segura

A lo largo del embarazo, las matronas de Atención Primaria principalmente, realizamos una serie de controles que vamos registrando en una Cartilla de Salud. Estas anotaciones tienen como función servir de vehículo ante los otros profesionales que van a intervenir en el proceso. Además estamos obligados a registrar en OMI, porque de lo contrario no cuenta nada de lo efectuado a nivel de gestión.

Más allá de que haya profesionales que la consulten más o menos, una buena Cartilla ofrece mucha información del estado general de ese embarazo, como la evolución del peso o la tensión, las cifras de hemoglobina o plaquetas o la altura uterina, las molestias que han aparecido como una ciática o una infección urinaria, e indirectamente también habla de la implicación de la propia matrona de AP en dicho proceso, ya que no es igual una cartilla con abundante información que otra semivacía a ilegible.

En el medio hospitalario, ésta ofrece un vistazo rápido a su llegada al hospital, sirve para que el profesional que atiende el parto inicie la primera conversación con la mujer sobre cómo le ha ido el embarazo, y sepa los factores de riesgo principales a los que se van a enfrentar, como una cesárea previa, el peso de sus anteriores hijos, si ha seguido o no alguna preparación de cara al parto, si desea o no lactar, y un sinfín de información más.

Otro aspecto importante es que sirve de comunicación en gestantes con una importante barrera idiomática. Además debemos recordar que la Cartilla Maternal no es propiedad exclusiva de la matrona, ya que es un lugar donde el ginecólogo o el médico de familia deberían escribir lo básico de sus intervenciones.

Por ejemplo, en multitud de ocasiones la embarazada acude a Urgencias, y no tenemos constancia a menos que ella lo exprese o recuerde traer los informes que le dieron. Otras veces una infección de orina o un hipotiroidismo es tratado por más de un profesional sin que otros sepan qué decisiones se han tomado.

Con la actual Cartilla la gestante tampoco tiene vías de participación en el proceso, y se limita a transportar la Cartilla. Posteriormente al parto, la guardará o perderá y se perderá toda la información anotada en ella.

La idea que presentamos es la creación de una aplicación móvil de forma que el registro se lleve a cabo digitalmente, con la opción de imprimir un resumen en una sola hoja. Entre sus ventajas estará el lógico ahorro de papel, la posibilidad de explotar y cruzar datos en el futuro y la oportunidad de que la mujer participe en la introducción de datos que puedan ser útiles para ella y nosotros.

#### Indemand.

Esta idea partió de la médica de familia Dª Celia Román García, del Centro de Salud de Torres de Cotillas, que junto al ginecólogo D. Fernando Araico Rodríguez, ginecólogo del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca y dos matronas, D. Pablo Serrano Rojas y Dª Leonor Caballero Almagro, presentaron esta iniciativa a través del concurso de ideas InDemand, gala que se celebró en su segunda edición en el H. Morales Meseguer de Murcia en febrero de 2018.

inDemand es un nuevo modelo en el que las organizaciones sanitarias y empresas crean soluciones de salud digital, con el apoyo económico de fondos públicos regionales. Estas empresas co-crean soluciones que resuelven las necesidades que previamente han sido detectadas por profesionales sanitarios.

inDemand es un proyecto europeo en el que participan tres regiones piloto: la Región de Murcia (España), Oulu (Finlandia) y la Región de París – lle de France (Francia). El modelo es sostenible y replicable en otras regiones de Europa (inDemandcommunity).

Tras un concurso público en el que participan sanitarios del SMS, se eligen cuatro ideas ganadoras, que son diversas, y para la que una empresa se encargará de fabricar una aplicación móvil que resuelve algún problema detectado. En nuestro caso, la idea elegida que ganó uno de estos galardones, lo hizo bajo el nombre de **Gravidity**.

El Plan Integral de Atención a la Mujer de la Región de Murcia (PIAM) aconseja para seguimiento del embarazo 9 visitas a atención primaria (AP) y entre 1 y 3 hospitalaria, lo que supone unas 11 visitas por embarazo y 110.000 al año en la Región de Murcia.

En el seguimiento del embarazo normal están implicados tres tipos de profesionales de diferentes ámbitos: la matrona de AP, el médico de AP y el ginecólogo-obstetra hospitalario.

Para garantizar la continuidad asistencial en el seguimiento del embarazo se creó la Cartilla del Embarazo, un registro común impreso en papel que custodia la embarazada, y en el que todos los profesionales implicados registran a mano. Estos registros incluyen datos de filiación, antecedentes médicos y obstétricos, pruebas analíticas, ecografías, incidencias, notas.

Sin embargo este formato tiene muchas limitaciones como son: su cumplimentación parcial, no incluye los primeros 6 meses postparto, claves para la lactancia materna, problemas de seguridad y confidencialidad de los datos impresos, la proliferación de folletos para educación de la salud y la falta de proactividad en el rol de la mujer.

Implementar una cartilla de embarazo digital, que incluya a la propia embarazada de forma activa, extendiendo su seguimiento hasta los 6 meses postparto, evitaría duplicidades de pruebas, gasto innecesario de papel, confusiones producidas por el texto manual o ilegibilidad total, falta de coordinación entre los profesionales. También supondría una ocasión para facilitar recursos formativos digitales a la embarazada adaptados a cada momento de su evolución, capacitándola para poder auto-gestionarse en la mayoría de las situaciones más frecuentes.

### Objetivo principal.

Mejorar con una solución digital la accesibilidad y el seguimiento del embarazo y el puerperio hasta los 6 meses tanto para la embarazada, empoderándola en la auto-gestión de su proceso, como para los profesionales implicados en su atención.

#### Requisitos necesarios que se le piden a la empresa.

- 1. Entorno de usuario será web para los profesionales (matrona, médico de familia y ginecólogo) y a través de susmartphone para la mujer embarazada. La solución estará alojada en una nube y gestionada por la empresa con todas las garantías de privacidad y seguridad.
- 2. La solución permitirá registrar a los profesionales vía web el seguimiento del embarazo que actualmente se hace en papel. Los registros realizados con la solución podrán ser explotados o integrados en los corporativos del SMS a través de un servicio web.
- 3. Una vista de 'pizarra' para los profesionales sanitarios donde se pueda explotar toda la información y capacidad de gestionar a todas las mujeres y de detectar situaciones anómalas o que sugieran cambios, pudiendo configurar un sistema de alertas para evitarlos.

- 4. La solución facilitará una vista a modo de resumen imprimible en una sola página donde aparezcan anotaciones clave con el fin de agilizar la información importante en caso de urgencia y clarificar la situación del embarazo en este momento.
- 5. Facilitar el acceso, de forma intuitiva y adaptada al canal, de una serie de recursos formativos facilitados por el challenger que ofrecerá a la mujer en función de su momento de embarazo o puerperio, incluyendo una lista de preguntas frecuentes y recomendaciones (por ejemplo: signos de detección de una Amenaza de Parto Prematuro en la semana 28).
- 6. La embarazada podrá ver resultado de su seguimiento (cumplimentación de la cartilla) a través de la app. Asimismo le mostrará un calendario de eventos/visitas ayudándola en la planificación, seguimiento y recordatorio de sus citas.
- 7. La solución fomentará mediante recursos formativos la lactancia materna, desmintiendo falsos mitos y motivando a la puérpera en la adherencia a través de su seguimiento.

### Otros requisitos opcionales fueron:

- 1. Facilitar una guía para los padres que les ayude en los trámites para la inscripción, empadronamiento, tarjeta sanitaria, Seguridad Social etc del recién nacido.
- 2. Se desea que la tecnología ayude a la adherencia y compartición con terceros de buenas prácticas en el embarazo y la lactancia, así como de recursos comunitarios de forma sostenible y coste-eficiente para el SMS.

### Información relativa a la protección de datos clínicos.

Debido a las limitaciones éticas y de protección de datos que pueden producirse, hay unas cláusulas que la empresa informática debe respetar.

La Entidad se compromete a tratar los datos personales a los que tenga acceso como consecuencia de la ejecución del contrato, observando los principios exigibles por la legislación en materia de protección de datos, en particular los relativos a la calidad de los datos, seguridad de los mismos y deber de secreto, así como conforme a las concretas instrucciones recibidas del responsable del tratamiento, no utilizando los datos para ningún otro propósito distinto a la prestación de los servicios descritos en el objeto del contrato.

#### Selección de empresa y grupo de trabajo.

Posteriormente, se hace una selección entre todas las empresas informáticas que hayan mostrado interés en ser adjudicatarias. En nuestro caso hubo 7 empresas interesadas en la idea: una italiana, una portuguesa y cinco españolas. La elegida fue la portuguesa: PromptlyHealth.

En este momento la idea original ya es propiedad del SMS en este caso, y comienza la creación de un grupo de trabajo donde se ponen en contacto los creadores con otros profesionales del SMS (entre los que se encuentran pediatras y matronas, como Dª Francisca Postigo y Dª Nieves Muñoz), todos coordinados por un responsable de Innovación (D. Gorka Sánchez Nanclares) que hace de enlace entre nosotros y la empresa, fundamentalmente trabajando online y vigilando el cumplimiento de plazos de entrega.

### Comienzo del diseño de la aplicación

En la prueba piloto participarán 2 Equipos de Atención Primaria (EAP) y su hospital de referencia con un total de 30 profesionales sanitarios y unas 50 embarazadas.

El trabajo de campo se inicia con reuniones por videoconferencia con Portugal y a través de una plataforma de trabajo llamada Slack. Aquí se vierten todos los datos, documentos y sugerencias y se le va dando forma al proyecto.

En una primera fase se contacta con padres y madres que han tenido partos en el último año para conocer sus peticiones y cómo les gustaría participar, qué tipo de recursos les habría gustado tener.

Una vez que se presenta una primera imagen piloto se vuelve a rediseñar los flujos de información, pero se hace el bosquejo de un programa con dos vertientes, la del profesional, y la de la paciente, que podrá navegar y consultar mucha información, además de aportar la suya.

#### La co-creación y el ICHOM.

A esta forma de fabricar un producto sanitario donde participamos todos a igual nivel, desde pacientes, profesionales y personal técnico (informáticos) se le llama cocreación.

Para este fin se ha tenido en cuenta un nuevo concepto o visión de salud: los ICHOM. Su significado es el International Consortium....La misión de ICHOM es «desarrollar el potencial de la sanidad basado en valor a través de la definición de sets de estándares para la medición de los resultados que realmente importan al paciente en las patologías más relevantes, a través del impulso de la adopción de estos estándares y de la difusión de estos resultados a nivel mundial».

Es decir, que cuando medimos objetivos no medimos tan sólo datos sanitarios, como número de cesáreas o reingresos en el puerperio por ejemplo; se tienen en cuenta otros factores como empoderamiento de la mujer, satisfacción con el proceso, confianza con el rol de madre o la calidad de vida percibida en el conjunto. Esto da una visión mucho más amplia sobre cómo de bien o de mal estamos haciendo las cosas, y nos enseña las oportunidades de mejora.

En el momento de escribir este artículo se está terminando el diseño preliminar para comenzar en breve la prueba piloto. Gracias por su atención.

NUEVO RETO: Incorporar la EPS grupal durante el climaterio como actividad de la matrona en Atención Primaria.

Ángeles Carrasco López.

Matrona . CS Águilas SUR Área III

#### INTRODUCCIÓN

Debido al envejecimiento de la población y al aumento de la esperanza de vida cada vez contamos con más mujeres en nuestros Centros de Salud en edad climatérica.

Se trata de otra etapa en la vida, fisiológica, pero en algunas ocasiones acompañada de sintomatología que puede llegar a afectar a la calidad de vida. Así nos encontramos con gran cantidad de consultas sobre sofocos, sequedad vaginal, falta de deseo sexual o dispareunia, incontinencia urinaria, acompañada a veces esta falta de información de falsos mitos y de la visión negativa que a veces existe en la sociedad sobre la menopausia.

Según el PIAM la conducta ante el climaterio debe ir encaminada a la promoción de hábitos y estilos de vida saludables y a la prevención de problemas ligados a esta etapa, así también, como a la detección precozmente de mujeres suceptibles de tratamiento médico.

En el año 2015 nos propusimos las dos matronas de los Centros de Salud Águilas Norte y Águilas Sur en realizar unos talleres grupales para dar información sobre síntomas de menopausia, sobre hábitos de vida saludables, prevención de cáncer ginecológico, hábitos tóxicos, así como la realización de ejercicio físico para fortalecimiento del suelo pélvico y relajación.

#### **OBJETIVOS**

Objetivo general: Mejorar la calidad de vida de la mujer en el climaterio.

Objetivos específicos:

- Que la mujer describa los signos y síntomas normales del climaterio así como acciones para mejorar estos síntomas.
- Que sean capaces de diseñar una dieta saludable semanal y rica en Calcio.

- Que sean capaces de describir ejercicios para trabajar suelo pélvico.
- Que describan actuaciones para prevenir disfunciones del suelo pélvico.
- Que la mujer integra la técnica de relajación en su vida cotidiana.
- Concienciar sobre violencia de género.

#### **POBLACIÓN DIANA**

Mujeres mayores de 45 años.

#### **RECURSOS**

#### **Recursos humanos:**

Matronas, enfermería y médicos de los centros de salud.

Profesionales externos al centro de salud. Psicólogas, trabajadora social, podólogo.

#### **Recursos materiales:**

Ordenador, proyector, pizarra, bolígrafos, colchonetas, pelotas de pilates.

#### **ACTUACIONES**

**Captación:** Se captará a las mujeres en la consulta de médico de familia, de enfermería o en la consulta de la matrona. Se derivará a la consulta de la matrona para inclusión en un grupo.

Valoración en consulta de la matrona:

Si no tiene realizada la valoración climatérica según PIAM la realizará y quedará reflejada en OMI.

- 1. Antecedentes gineco-obstétricos.
- 2. Factores de riesgo de osteoporosis.
- 3. Factores de riesgo cardiovascular.
- 4. Valoración del cribado de mama si por la edad está dentro del protocolo establecido
- 5. Valoración del cribado de cérvix según PIAM.
- 6. Información sobre métodos anticonceptivos.
- 7. Derivar a médico de familia si procede.
- 8. Incluirla en un grupo de Climaterio.

**Taller grupal.** 2 grupos al año de 15 mujeres, con una duración de 5 meses cada uno.20 talleres de 90 minutos que se abordaran de la siguiente manera:

#### 30' de dinámica grupal.

- **Sesión 1.** Presentación del taller. Presentación de las moderadoras del grupo. Presentación de las participantes y motivación por la que están en él. Normas del grupo.
- Sesión 2. Definición de menopausia y climaterio. Cambios.
- Sesión 3. Dieta saludable en el climaterio. Confección de una dieta.
- **Sesión 4.** Fomento ejercicio físico. Pilates, y yoga, ejercicios de elasticidad. Ejercicios de Kegel. Gimnasia abdominal hipopresiva.
- Sesión 5. Osteoporosis. Qué es y cómo prevenirla.
- Sesión 6. Síndrome genitourinario.
- Sesión 7. Sexualidad.
- Sesión 8. Corto sobre violencia de género y discusión.
- Sesión 9. Prevención de disfunciones del suelo pélvico.
- Sesión 10. Autoestima.
- Sesión 11. Riesgo cardiovascular.
- Sesión 12. Cuidados del pie.
- Sesión 13. Programas de prevención de cáncer ginecológico.
- Sesión 14. Importancia del abandono de hábitos tóxicos.
- Sesión 15. Recursos en violencia de género.
- Sesión 16. Dieta saludable para un día.
- Sesión 17. Cuida tu piel. Trucos de belleza.
- Sesión 18. El bienestar emocional.
- **Sesión 19.** Relaciones interpersonales.
- **Sesión 20.** Recursos comunitarios. Proyecto de vida. Evaluación.

#### Ejercicio físico 40'.

Calentamiento, andando por la sala. Movilización de articulaciones. Ejercicios respiratorios. Ejercicios de anteversión de pelvis. Ejercicios de Kegel.

#### Relajación 15 '.

#### **EVALUACIÓN:**

Test de conocimientos.

Medición de calidad de vida. Menopause Rating Scale (MRS).

Encuesta de satisfacción.

#### **BIBLIOGRAFIA**

- Guía práctica educación para la salud grupal en el climaterio. Experiencia en Atención Primaria. D. Ángel
   Lizcano Álvarez. C.S. Barcelona. Área 8. Imsalud. D. Juan Carlos Púa Marrupe. C.S. Barcelona. Área 8.
   Imsalud.
- Dasio Ayala, Félix." Instrumentos utilizados para la calidad de vida relacionada con la salud durante el climaterio"Rev Perú Investig matern perinat 2016; 5(2):55-65.
- Menoguías. Asociación española para el estudio de la menopausia. http://www.aeem.es/menoguías.html.
- Hay-Smith Ej, Herderschee R, dumoulin, Herbison GP. Comparisons of approaches to pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst.Rev 2011.
- Berlotto A. Rodríguez B. Costa T, Selene M. Pelvic floor muscle training versus hypopressive technic preventive and conservative treatmente of pelvic floor disfunctions assessment throught of the electromyography of the electromyography biofeedback. Cochrane central Register of Contrilled Trials 2014 (https://www.ics.org/Abstracts/Publish/105/001152.pdf)

#### Construir juntos los primeros espacios humanos

#### Ricardo García de León González.

Presidente de la Asociación HQTQ (Hasta Que Tú Quieras).

No hay causa que merezca la más alta prioridad ni esfuerzo mejor recompensado que trabajar conjuntamente en la protección y cuidados de los primeros espacios humanos de los que depende el bienestar, la sostenibilidad y el progreso de todas las naciones y, de hecho, de la civilización humana.



Primeros 1000 Días

#### I. INTRODUCCIÓN

En los últimos 20 años que llevamos trabajando en el área V para implementar y sostener la BFHI, la clave que mejor explica los resultados alcanzados son, sin duda, el haber aprendido a trabajar juntos en todos los niveles de la organización y también en el ámbito de los grupos de apoyo (Vínculo) y la comunidad. Una tarea nada fácil, que requiere aprender a escuchar, a reconocer el valor del otro, y a cultivar el sentido de pertenencia para avanzar hacia un horizonte común: llegar a ser un Hospital Amigo de los Bebés y de las Madres.

Los ejes para avanzar en este camino han sido ética y la información. Ambos claramente interdependientes y necesarios para trabajar las relaciones de colaboración y para desarrollar herramientas de de calidad para evaluar nuestras intervenciones de mejora. (Figura 1). La ética, planteada en términos de corresponsabilidad, surge en torno a una serie de cuestiones que han ido marcando las metas y, por tanto, las etapas de esta larga trayectoria de aprendizaje. En primer lugar, para cerrar la importante brecha entre las recomendaciones de esta iniciativa amigable de salud y nuestras prácticas, después para incorporar la perspectiva de las madres (Estrategia "Hasta Que Tú Quieras, HQTQ) y, por último, para centrarnos en la protección y cuidados del primer espacio humano: el Espacio Madre-Bebe (EMB). Por otro lado, la información fue el punto de partida para evidenciar la situación de partida y así poder un punto de referencia para evaluar el impacto de nuestras intervenciones de mejora, es decir,

para responder a una cuestión clave sobre ¿Cuál es nuestra responsabilidad para revertir el abandono prematuro del amamantamiento?.

Estos dos aspectos que conforman la estrategia HQTQ, actualmente en fase de ampliación a escala en el SMS, han sido claves para conformar un marco de alianzas con la sociedad civil y con universidades necesarias para formalizar esta buena práctica y extenderla más allá de nuestra área.

La aprobación de la propuesta legislativa en noviembre de 2018 fue un claro ejemplo de colaboración entre la sociedad civil, las instituciones sanitarias y el gobierno. Una experiencia pionera que nos abre una importante ventana de oportunidad para trabajar juntos y de forma coordinada, en la protección y cuidados de los primeros espacios humanos.

El concepto de espació madre-bebe, surge en 2008 frente a las dificultades para normalizar el contacto piel con piel en los nacimientos por cesáreas y la alta prevalencia de mensajes tan inclementes como "no lo cojas que lo vas a malcriar", "déjale que ensancha sus pulmones", etc. Mensajes que reflejan una cultura en la que aún no se reconoce al bebé como ser humano portador de todos los derechos, recogidos en la Convención de los Derechos del Niño de 1989 (CDN).

De otro lado, el sistema sanitario, desde la institucionalización del nacimiento hasta hace unos años, no reconoce la identidad sanitaria del bebé recién nacido como sujeto de la asistencia otorgándole tan solo el valor de "producto del parto". Este tratamiento ha ocasionado, en todo el mundo, una importante laguna de información relativa al nacimiento donde concurren variables de alto valor predictivo tales como el tipo de alimentación y el contacto piel con piel tras el parto. Variables esenciales para la salud que quedan fuera de los circuitos de planificación y, por ende, permanecen invisibilizadas.

El propósito de esta ponencia, en el contexto actual de la región de Murcia con un marco de colaboración consolidado entre todos los niveles de la organización y que incluye a los grupos e madres, es situar el nacimiento de un nuevo ser humano en el centro de la atención social, política y sanitaria necesario para impulsar el reconocimiento social y sanitario del derechos de todos los bebés a un comienzo feliz y saludable en brazos de su madre.

#### II. REFLEXIONES SOBRE EL CONCEPTO DEL ESPACIO MADRE-BEBÉ

El EMB es el primer espacio que se va conformando en torno a la relación biológica y emocional que se establece entre ambos, antes, durante y después del nacimiento. Un espacio que la madre abre la familia con fin de

promover la vinculación afectiva en torno a su bebé facilitando así el sentido de corresponsabilidad familiar (englobado en el término de parentalidad positiva). En un entorno amigable, es decir, en una Comunidad Amiga del Bebé, la Madre y la Familia, donde el derecho a "Nacer es brazos de mi madre" está protegido por ley, estas relaciones pueden fluir con normalidad.

"Nacer es brazos de mi madre" es la forma natural de nacer tras el largo y laborioso parto mediante el cual el bebé tiene que transitar del espacio intrauterino a un nuevo espacio contenido en cuerpo de su madre donde encontrará todo lo necesario para adaptarse a su nueva vida: calor, afecto, seguridad, alimentación.

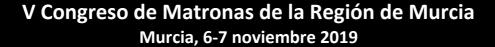
Observar el rostro el bebé durante el contacto piel con piel con su madre, su primera mirada, enfocada en el rostro de su madre así como su capacidad innata para interactuar y sincronizarse con ella, ponen de manifiesto las características de esta primera relación humana, que las madres describen como una intensa relación amorosa y que el bebé expresa de forma infalible a través de su rostro y sus conductas.



Este comportamiento natural o instintivo, es extraordinariamente sensible, vulnerable y dependiente del entorno y el contexto cultural donde transcurre el nacimiento. Prueba de ello es la normalización social y sanitaria de la práctica de la separación sistemática del bebé de su madre durante tras el parto durante el pasado siglo XX.

Es difícil comprender las razones que nos han llevado a separar al bebé de su madre en este periodo crítico y transcendente del ciclo vital de las personas. Pese a la sólida y contundente evidencia acumulada en la última década sobre la importancia del contacto piel con piel de forma inmediata e ininterrumpida, menos de la mitad de los bebés permanecen con su madre al menos 50 minutos (datos del MSSI, 2012).

Según los datos de la última encuesta "Nacer en brazo de mi madre", desarrollada por el grupo de investigación en parentalidad positiva de la Universidad de Alicante en colaboración con la Asociación Hasta Que Tú Quieras, los datos son más bajos aplicando el criterio del contacto piel con piel inmediato y al menos 1 hora (se permite pañal). En Murcia, según los datos de esta encuesta, se evidencia un notable aumento en los últimos años pasando del 27.3% (años 2014-2017) al 42.4% en 2019. Estos resultados, aún provisionales, evidencian el impacto del proceso de ampliación a escala de la Estrategia HQTQ en el SMS y, sin duda, el impacto de la propuesta legislativa y su



aprobación por unanimidad de todos los grupos parlamentarios en noviembre de 2018, con el consiguiente impacto mediático asociado a esta iniciativa legislativa popular.

Resultados que aún están lejos del estándar establecido por la IHAN de un 80%<sup>1</sup>. Pero, no obstante, un horizonte posible dado los avances logrados en los últimos años. Si las tendencias continúan al mismos ritmo en 2024 alcanzaríamos en estándar.

Es preciso convertir la evidencia en mensajes claves para promover la formación de una conciencia moral sobre nuestras obligaciones con esos seres humanos, tan queridos por todos, que llamamos bebé. Resaltar una visión positiva sobre el nacimiento, como el hemos comentado anteriormente, es esencial. Pero tampoco debemos obviar que someter al bebé a una experiencia tan adversa como es separarlo de su madre, es claramente inasumible para el buen hacer. *Lo peor que le puede pasar a un recién nacido es que lo separen de su madre"* (Nils Berman). El bebé no puede soportar la soledad. Sencillamente no está preparado para ello.

Debemos considerar, además, "lo intensamente consciente y modificable que es el cerebro del bebé antes, durante y después del nacimiento" (Nils Berman) y que esta primera experiencia humana quedará profundamente gravada en su memoria emocional. No es una tarea fácil, en el contexto actual de medicalización, pero "juntos", sin duda, lo lograremos.

#### ¿COMO CONTRUIR JUNTOS LOS PRIMEROS ESPACIOS HUMANOS?

Construir juntos significa, como he comentado anteriormente, aprender a colaborar, significa convertir el entorno de cuidados, en espacios de aprendizaje basados en el respeto a los derechos humanos y el reconocimiento de las capacidades naturales de la madre y su familia para proveer al bebe cuidados afectivos y reactivos necesarios para alcanzar el desarrollo óptimo de sus facultades físicas y mentales.

Para avanzar en la protección y cuidados del EMB, desde la perspectiva de colaboración con la sociedad civil y en línea con el marco de trabajo de la OMS en 2016 para el desarrollo de una atención integral y centrada en la persona, podemos identificar tres líneas de trabajo:

1) Promover alianzas con la sociedad civil, especialmente con grupos de madres, para promover los valores y principios que guían la atención a la temprana infancia desde el respecto a los derechos humanos en esta etapa tan delicada y vulnerable.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Al menos el 80% de las madres confirma que le colocaron a su bebé en contacto piel con piel con ellas inmediatamente después o en los 5 primeros minutos después de nacimiento, y que este contacto se continuó por lo menos una hora o hasta que hizo la primera toma, a no ser que hubieran razones médicamente justificadas para retrasar el contacto.

- 2) Establecer un marco de colaboración con la madre, la familia y la comunidad orientado a coproducir servicios de salud materno-infantiles integrales y centrados del la persona (OMS, 2016)
- 3) Establecer mecanismos de coordinación, entre los profesionales de la salud y otros agentes comunitarios de salud para proveer un continuo de cuidados, específicamente con las familias más desfavorecidas.

El éxito de la campaña "Nacer en brazos de mi madre", impulsada por la asociación Hasta Que Tú Quieras, abre una ventana de oportunidad para afianzar la colaboración con la sociedad civil y reforzar el papel de las madres y la familia para evaluar, como usuarios finales, la calidad de los servicios de salud materno-infantiles y contribuir, con ello, al desarrollo de una cultura basada en los valores maternales y en el respeto a nuestra biología reproductiva para garantizar la salud y bienestar del bebé y de su madre.

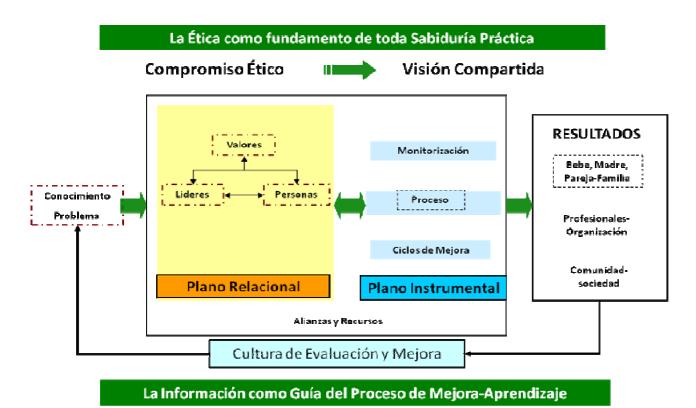
En el plano de la atención, se trata coproducir servicios de salud junto con la mujer y su familia orientados al desarrollo de sus competencias para una alimentación y crianza saludable. La coproducción de salud es un concepto clave impulsado por la OMS. Se refiere a la atención que se presta en una relación de igualdad y reciprocidad entre los profesionales, las personas que utilizan los servicios de atención, sus familias y las comunidades a las que pertenecen.

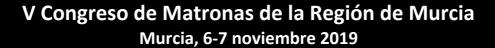
Las matronas tienen una posición privilegiada para trabajar conjuntamente con la mujer y su pareja en la protección y cuidados de estos primeros espacios. Su estrecha relación con las mujeres gestantes y su papel de apoyo, consejería y acompañamiento durante el parto, nacimiento y postparto, les brinda una oportunidad para liderar este proceso de cambio para garantizar el derecho de todos los bebés a un comienzo feliz y saludable, en brazos de su madre.

Por último, trabajar el nacimiento con la madre y su pareja, tanto a nivel personal como en grupo, durante la gestación, facilita aflorar sus sentimientos maternales como base para promover el desarrollo de sus competencias naturales para los cuidados del bebé entes, durante y después del nacimiento. Las primeras horas del bebé recién nacido es un periodo clave para que el bebé y su madre, junto con su pareja, puedan disfrutar de una experiencia altamente gratificante. La observación atenta, por parte de la madre y su pareja, del bebé, durante el contacto piel con piel es la mejor medida para prevenir el colapso neonatal.

#### **ANEXO**

Figura 1: Modelo





### Comunidad amiga de la madre y el bebé

Manuel Alcaraz Quiñonero

Pediatra. CS Mariano Yago Yecla

#### LA RELEVANCIA DE LOS P1000D

Los primeros años de vida, que comprenden desde la concepción hasta los dos años (P1000D) son un período crucial para el desarrollo humano y, por lo tanto, para el bienestar social de los países. En ese momento las tasas de crecimiento y la neuroplasticidad están en todo su esplendor y muestran la mayor vulnerabilidad frente a la exposición a diversos factores estresantes.

Durante este periodo se conforman las bases del desarrollo de todos los sistemas biológicos, especialmente la arquitectura cerebral y el desarrollo del sistema inmunológico (formación de la microbiota) y la programación de la epigenética. Por tanto, un periodo clave para el establecimiento de las bases de la personalidad y del bienestar físico y mental de las personas.

La estrecha relación del Desarrollo de la Temprana Infancia (DTI) con el entorno donde transcurre la vida de los niños es una de las características principales del desarrollo cerebral. Las experiencias y estímulos que reciben los niños durante este periodo sensible determinarán el modo en el que se desarrolla el cerebro.

Actualmente el DTI está considerado como uno de los determinantes sociales más importantes para la salud y bienestar de las personas. La exposición a los diversos factores estresantes que pueden afectar al DTI durante la gestación, el nacimiento y los dos primeros años, tienen ondas repercusiones en la salud que se traducen una importante carga de morbilidad. Durante la gestación, el abuso de sustancias tóxicas como el tabaco, alcohol y drogas, está claramente relacionado con el incremento de malformaciones, el riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer, entre otros. Por otra parte el estrés materno durante la gestación se ha asociado a diversos trastornos mentales tales como trastorno del espectro autista, esquizofrenia... Durante el nacimiento y los primeros meses, la separación injustificada madre-bebe y los problemas de apego parental se ha relacionado con trastornos de conducta y de la personalidad.

En conclusión, muchos de los desafíos actuales que tienen que ver con la sostenibilidad, problemas de aprendizaje, desempeño social, incremento de violencia, etc., tienen sus raíces en la primera infancia y, particularmente, durante los P1000D.

No obstante a pesar de esta inequívoca y convincente evidencia acerca de la importancia de los P1000D, en la práctica, el DTI no figura en el centro de las políticas y estrategias de salud, lo que ocasiona que las prácticas sanitarias están lejos de alcanzar los estándares internacionales para estas primeras etapas de la vida. A título de ejemplo, resaltar la importante brecha relativa a la alimentación del niño pequeño, con tasas de lactancia materna muy inferiores a las recomendadas por la OMS. En el mundo tan solo un 10% de los bebés nacen en hospitales acreditados por la BFHI, en España un 5% y en la región de Murcia un 1%.

Por otra parte, desde la perspectiva de los derechos del niño en esta etapa bien diferenciada de la infancia, el Comité de los Derechos de los Niños (Observación nº 7, septiembre de 2005) manifiesta su preocupación: "...en la aplicación de sus obligaciones en virtud de la Convención los Estados Partes no hayan prestado atención suficiente a los niños pequeños en su condición de portadores de derechos, ni a las leyes, políticas y programas necesarios para hacer realidad sus derechos durante esa fase bien diferenciada de su infancia". Resalta además, la escasa informacióndisponible sobre esta etapa del desarrollo, más allá de las cifras de mortalidad y el registro de nacimiento.

Actualmente no existe un marco conceptual específico que defina una Comunidad Amiga del Bebé, la madre y la familia. La aproximación más cercana a este concepto está reflejada en la BFHI en el paso 10 de dicha iniciativa de salud en la que se introduce por primera vez el concepto de "Amigo de los Bebés" en el año 1989. En el 15º aniversario de la Declaración de Innocenti, en 2005, los socios de Innocenti hicieron un llamamiento a la acción, que incluía el apoyo comunitario a las mujeres lactantes y a las personas que cuidan de los niños pequeños.

A partir de 2009, la OMS incorpora por primera el concepto "Comunidad amiga de los niños" cuya implementación se ha realizado en algunos países de bajos ingresos como Gambia. En el resto de los países de nuestro entorno el marco conceptual existente se centra en el 10 paso de la BFHI revisado recientemente en la guía de implementación de la BFHI de 2018.

Específicamente en esta Guía de implementación, la OMS resalta la importancia del apoyo comunitario (paso 10) así como las dificultades para su implementación. El apoyo de la comunidad, particularmente, la promoción y reconocimiento de los grupos de apoyo a la lactancia materna, ha demostrado ser crucial para mantener las

mejores tasas de lactancia materna logradas en los centros que proporcionan servicios de maternidad y neonatología.

Para desarrollar y compartir esta visión el marco de trabajo de la OMS de 2016 para desarrollar una atención integral y centrada en las personas contiene todos los elementos y enfoques necesarios para definir e implementar el enfoque de Comunidad Amiga de los bebés, las madres y las familias. Este marco propone cinco estrategias interdependientes para que los servicios de salud sean más integrados y se centren más en las personas. Propone reformas para reorientar los servicios de salud, poniendo en el centro a las personas, las familias, los cuidadores y las comunidades, con el apoyo de servicios receptivos que satisfagan mejor sus necesidades y respeten sus preferencias, y que estén coordinados tanto dentro como fuera del sector de la salud.

La visión de este marco es la construcción de un futuro en el que todas las personas tengan acceso a servicios de salud que se presten de manera que respondan a sus necesidades y preferencias a lo largo de su vida, que se coordinen a través de una atención continua y que sean seguros, eficaces, oportunos, eficientes y de calidad aceptable.

Los principios rectores que fundamentan este marco de trabajo son los derechos humanos, la igualdad de género, igualdad y no discriminación, en particular por motivos de edad, favoreciendo la solidaridad intergeneracional.

Las cinco estrategias se estructuran en varios enfoques a partir de los cuales se proponen las posibles opciones de política e intervenciones: 1) empoderar e involucrar a las personas y las comunidades, 2) fortalecer la gobernanza y la rendición de cuentas, 3) reorientar el modelo de cuidados, 4) coordinación de servicios dentro y entre sectores, y 5: crear un entorno propicio que reúna a todos los interesados para emprender un cambio transformador.

#### **CONTEXTO REGIONAL.**

Los importantes logros alcanzados en la región de Murcia en el campo de salud materna e infantil en los últimos años, abren una ventana de oportunidad única para construir juntos una comunidad amiga con el bebé, la madre y la familia. El desarrollo del Plan de Ampliación a Escala de la Estrategia HQTQ, en el marco de la atención a los P1000D, cuya meta de alcanzar una cobertura universal de la IHAN en todos los hospitales con maternidad y centros de salud del SMS, junto con otros proyectos de los P1000D (banco de lecho, salud medioambiental, proyecto PROGESPI, PURAPI, Atención Temprana, etc.), ha sido fruto de un proceso de colaboración que se ha ido construyendo como resultado del trabajo conjunto a partir del liderazgo y el compromiso institucional con esta iniciativa amigable de salud.

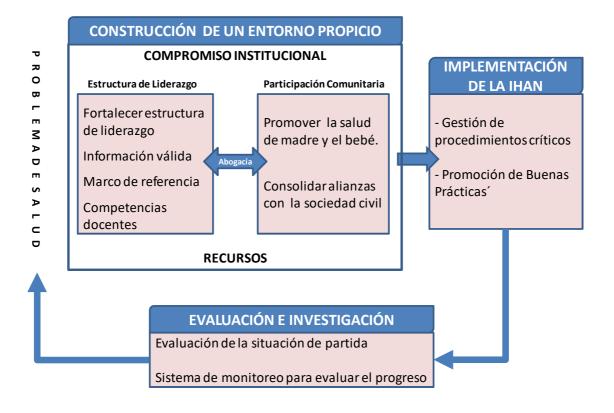
Además, disponemos de la primera ley que protege el derecho del bebé recién nacido a no ser separado de su madre, salvo por motivos debidamente justificados junto con el derecho a la identidad sanitaria desde el momento de su nacimiento. Esta iniciativa, que surge de la sociedad civil, ha permitido establecer lazos de colaboración con todos los grupos de madres de la región y otras asociaciones de la sociedad civil para construir juntos una Comunidad2 Amiga de la Madre y del Bebé, es decir, una comunidad, que protege y cuida los primeros espacios humanos "... de los que depende el bienestar, la sostenibilidad y el progreso de todas las naciones y, de hecho, de la civilización humana".

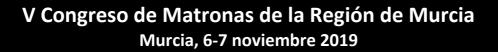
Durante los últimos años se ha puesto en marcha un Plan de Atención a los Primeros 1000 días (P1000D), con el fin de integrar los proyectos que actualmente están en marcha en torno a este período crítico de la vida de la persona. Dentro de este ambicioso Plan, la ampliación a escala de la Estrategia HQTQse ha centrado en: 1) fortalecer la estructura de liderazgo, 2) desarrollar un marco ético-conceptual en torno a los P1000D, 3) formar a los equipos de mejora de las distintas áreas sanitarias, 4) estabilizar la Historia Clínica Electrónica Perinatal (en la aplicación de Selene) y 5) difundir y compartir el plan de ampliación a escala a todas las áreas de salud para iniciar el proceso de implementación de la IHAN de todos los centros sanitarios del SMS con atención materno-infantil, en el marco de la atención a los P1000D.

El desarrollo del plan de scaling up de la Estrategia HQTQ se ha estructurado en tres fases. La primera fase: "Construir un Entorno Propicio", trata de crear las condiciones sanitarias, sociales y políticas más apropiadas para construir un marco de colaboración que facilite trabajar conjuntamente en pro del desarrollo saludable de la temprana infancia en todos sus aspectos: salud, alimentación y nutrición; cuidado y crianza con apego, y educación inicial. La segunda fase, se centra en la "Implementación de la IHAN", considerada actualmente como el estándar de oro de los cuidados materno-infantiles. La tercera fase, "Evaluación e Investigación", es un elemento esencial para el aprendizaje colaborativo y la rendición de cuentas en todos los niveles de la organización.

<sup>2</sup> Entendemos Comunidad tanto en su dimensión política (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia) como el entorno donde las familias viven y se relacionan.

MODELO DE SCALING UP DE TIPO HORIZONTAL APLICADO EN REGIÓN.





# **COMUNICACIONES ORALES**

# CO01- ABORDAJE INTEGRAL DE LA GESTANTE DROGODEPENDIENTE: EXPERIENCIA DE 4 CASOS.

Ruiz Hernández M, Sánchez Sauco MF.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

El consumo de drogas (legales e ilegales) durante la gestación y la lactancia es un problema subestimado en nuestro medio que puede tener importantes repercusiones en la salud del recién nacido y de la madre, así como en el entorno por las implicaciones en ámbitos sanitarios, legales y sociales.

El abordaje de las drogas en este periodo representa un tabú para profesionales por falta de conocimientos y habilidades en el manejo de estos casos.

Nuestro objetivo principal es exponer la experiencia coordinada de una serie de 4 casos de gestantes consumidoras de drogas en la identificación, abordaje y prevención de recaídas.

#### MÉTODOS.

Serie de 4 casos de mujeres gestantes consumidoras de marihuana, cocaína y alcohol pertenecientes al Área I Región de Murcia.

La captación se realizó desde la consulta de la matrona EAP o desde Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica (PEHSU), indistintamente. El periodo de captación y abordaje de las pacientes se inició en Septiembre 2018, continuando en la actualidad.

El equipo multiprofesional de trabajo estuvo coordinado por su matrona de referencia y la PEHSU, aunque han participado de forma activa en el proceso profesionales de la Zona Básica de Salud (médico de familia y trabajadora social), Atención Especializada (Medicina Fetal, trabajadora social y neonatología) y Neurocultura-Valderas.

La primera consulta tuvo una duración media de 20 minutos, reduciéndose en las siguientes visitas en función de las necesidades de la paciente.

La herramienta utilizada en la consulta fue la entrevista motivacional, la hoja verde, las intervenciones breves e intensivas así como el refuerzo positivo. De esta manera, se ayuda a la gestante a identificar su problema de salud y evocar cuáles son sus necesidades para el cambio.

#### RESULTADOS.

Los 4 casos fueron captados en distintos periodos de la gestación (12, 26, 28sg y lactancia).

Todas las pacientes viven en entornos socialmente deprimidos. El 50% de las mujeres tenían pareja (ellos decidieron participar también en el programa).

La media de eliminación de los consumos, tras el diagnóstico en el embarazo, fue de 2 semanas. Las consultas eran semanales e intercaladas entre la matrona y la Unidad de Salud Medioambiental, con la intención de reforzar la autoeficacia en la gestante y de no interferir excesivamente en su planificación de actividades diarias. Solo en uno de los 4 casos fue necesario interconsulta a psiguiatría para valoración.

Los resultados actuales permiten concluir que 3 de las 4 madres continúan sin consumir. La confianza depositada en los profesionales que las están asesorando y la intervención integral percibida, les permite acudir cuando se sienten vulnerables ante posibles recaídas (2 de 4).

#### **CONCLUSIONES.**

La gestión multidisciplinar permite a la embarazada sentirse acompañada, respetada. Se potencia el empoderamiento, el bienestar anímico de las mujeres y se crea una atmósfera interpersonal positiva que realza la satisfacción de los profesionales implicados. Además, la intervención durante el embarazo tiene mejores tasas de abstinencia que en cualquier otro periodo de la vida.

La matrona ocupa un lugar estratégico para liderar equipos multiprofesionales en la detección y abordaje de estos casos.

El compromiso, la intervención multidisciplinar, la unanimidad de criterios, la percepción holística del binomio madre/hijo y la inclusión de la pareja en el proceso de desintoxicación/deshabituación, son claves para motivar el cambio.

# COO2- VALORANDO LA NECESIDAD DE LA SALA DE LACTANCIA EN LOS CENTROS DE SALUD.

García López MA, Montiel Amador MC, Del Arco Ramos P, Ros Bas O, González Pacanowska A, González Nieto JP.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

- 1. Conocer si los centros de salud del Área 2 proporcionan una atmosfera receptiva y de acogida a la lactancia como recoge el paso 6 de los CS-IHAN con la existencia de una sala para aquellas madres que así lo demanden.
- 2. Conocer la prevalencia de la sala de lactancia de los centros de salud del Área 2 y las características de estas salas.
- 3. Conocer la necesidad percibida por la matrona de disponer de sala de lactancia en el centro de salud.

#### MÉTODOS.

Estudio descriptivo trasversal y analítico donde se analizan los diferentes centros y las opiniones de las matronas que trabajan en atención primaria, acerca de la necesidad o no de disponer sala de lactancia.

Se envió una encuesta de auto cumplimiento a las matronas de los centros de salud de área 2, en su defecto la contestó el responsable de enfermería del centro de salud.

Encuesta con preguntas cerradas de varias opciones y otras preguntas abiertas de opinión.

#### RESULTADOS.

El 68,75% (11) centros no disponen de sala de lactancia, su principal motivo 77,77% (9) no disponer de espacio para ello. Las matronas de estos centros consideran que si es necesaria esta sala en el centro de salud en un 81,81% (9). El principal motivo para no tenerlo es la falta de espacio para ubicarla 63,63% (7), seguido de falta de recursos económicos 27,27% (3). Estas matronas a veces ceden espacios a la madre y su hijo para lactar en lugares no habilitados para ello como sala de reuniones o usos múltiples.

El 31.25% (5) centros si dispone de sala de lactancia, dos de ellas ubicadas en el área de pediatría, dos en el área de adultos, estas cuatro bien identificadas y una de ellas está en la sala de usos múltiples que no dispone de cartel identificativo.

Sólo en tres de las salas de lactancia hay cartelería que promocione la lactancia materna. Y en ninguna de estas salas existe cartelería que fomente el uso de tetinas y biberones. Tres salas tienen en cuenta una iluminación tenue, las otras dos no la tienen.

Una de las salas no tiene lavamanos.

Las salas tienen capacidad para la madre, el carrito y al menos un acompañante. Una de las salas no tiene un sillón que garantice una buena posición materna.

Las matronas de los centros de salud donde hay sala de lactancia consideran que, si es útil, que se da un buen uso y es utilizada a diario, que "da una imagen de compromiso con la lactancia, que estamos interesados en dar apoyo y facilidades para la lactancia" y que "es importante tenerlas, aunque haya mujeres que no quieran usarlas."

#### CONCLUSIONES.

Tan solo uno de cada tres centros de salud dispone de espacio habilitado como sala de lactancia. En todos los centros donde existe esta sala se le da un buen uso y es utilizada a diario.

No existe política de lactancia que cuide los espacios para fomentar la lactancia materna en los centros de salud y en cada uno se hace lo que se puede.

No hay una normativa que establezca unos requisitos mínimos para habilitar una sala de lactancia.

Sería necesaria mayor implicación al respecto por los órganos de gestión y mayores recursos destinados a la formación, sensibilización de todos los profesionales que trabajan en atención primaria, creando así espacios que fomenten la lactancia materna, teniendo un espacio habilitado para lactar en la intimidad si fuera necesario.

# C003- EFECTIVIDAD DE LA COMBINACIÓN DEL MANTEO, MOXIBUSTIÓN Y EJERCICIOS POSTURALES EN LA VERSIÓN FETAL EN GESTANTES CON PRESENTACIÓN PODÁLICA.

Blanca Ruiz A, López Valerio E, Martínez Tomás FJ, Sánchez Ruano C, Verdeguer Furió J.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

Objetivo principal: comprobar efectividad de la combinación de las técnicas de manteo, moxibustión y ejercicios posturales en la versión fetal en la presentación podálica, comparando el nivel de cumplimentación de las técnicas con la efectividad en la versión fetal.

#### Objetivos secundarios:

- Determinar la relación entre edad y nivel de efectividad de las técnicas
- Determinar la relación entre paridad y el nivel de efectividad de las técnicas
- Determinar la relación entre la efectividad de las técnicas y la edad gestacional de inicio de las mismas.
- Determinar la efectividad de la aplicación de las técnicas en la disminución de la tasa de inducción.
- Determinar la relación entre la forma de finalización del parto y la aplicación de las técnicas
- Determinar la efectividad de la aplicación de las técnicas en la tasa de éxito de VCE.

#### MÉTODOS.

Es un estudio caso-control, retrospectivo, longitudinal, analítico y cuasi-experimental, que se desarrolló en el servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Doctor Peset, entre octubre de 2017 y marzo de 2019.

En el estudio se incluyeron un total de 234 pacientes;117 en el grupo de casos y 117 en el grupo control. Se incluyeron a mujeres gestantes mayores de 18 años que cumplían los criterios de inclusión y exclusión: gestación entre 32 y 38 semanas y feto en presentación podálica. A los casos se les aplicaron las técnicas de manteo, moxibustión y ejercicios posturales, a diferencia de los controles.

#### RESULTADOS.

Los resultados mostraron una mayor tasa de versión a cefálica en el grupo de los casos respecto a los controles; dicha tasa se incrementó de forma significativa conforme aumentaba el nivel de cumplimiento de las técnicas por parte de las gestantes. Por otro lado, no se hubo diferencia significativa respecto a la edad de las gestantes, la paridad y la edad de gestacional de inicio de las técnicas. No obstante, se objetivó una menor tasa de inducción, así

como un incremento en la finalización del parto de forma eutócica en los casos respecto a los controles. En aquellas gestantes en las que se realizó la VCE, se evidenció una diferencia significativa a favor de los casos tanto en la tasa de éxito (versión a cefálica) como en la finalización de la gestación por vía vaginal.

#### CONCLUSIONES.

- La combinación de las técnicas de manteo, moxibustión y ejercicios posturales es efectiva en la versión fetal de la presentación podálica, siendo mayor la efectividad al mejorar la cumplimentación de la técnica por parte de las gestantes.
- La edad de la gestante que realiza las técnicas de manteo, moxibustión y ejercicios posturales no se relaciona con mayor éxito de versiones fetales.
- La paridad de la gestante no mostró que influyera en el éxito de versiones fetales.
- La edad gestacional de inicio de las técnicas de manteo, moxibustión y ejercicios posturales es más efectiva entre las 33 y 35 semanas de gestación, sin que se objetive beneficio al iniciarlas antes de estas semanas.
- La combinación de las técnicas de manteo, moxibustión y ejercicios posturales se relaciona con una mayor tasa de finalización de la gestación mediante parto eutócico.
- La combinación de las técnicas de manteo, moxibustión y ejercicios posturales se relaciona con un aumento significativo en la tasa de inicio espontáneo de trabajo de parto, disminuyendo la tasa de inducción farmacológica del parto y de cesáreas electivas.
- La combinación de las técnicas de manteo, moxibustión y ejercicios posturales se relaciona con un incremento significativo de la tasa de éxito en la versión cefálica externa, facilitando el inicio del periodo activo de parto de forma espontánea y la finalización de forma eutócica.

# C005- ASOCIACIÓN ENTRE LA CONCENTRACIÓN SÉRICA DE 25-HIDROXIVITAMINA D3 EN EL PRIMER TRIMESTRE Y RESULTADOS OBSTÉTRICOS Y NEONATALES.

Oliva Pérez J, Sánchez García M, Hernández Morante JJ, Arce Maure C.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

Estudiar la relación entre las concentraciones séricas de 25-hidroxivitamina D3 en el primer trimestre de la gestación con variables obstétricas y neonatales.

#### MÉTODOS.

Se realizó un estudio descriptivo transversal. La muestra general del estudio fueron las 1306 gestantes que tuvieron un parto o cesárea durante el año 2018. La muestra de estudio fue de 638 gestantes, que cumplían los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

#### Criterios de inclusión:

- Gestación única.
- Mujeres atendidas en la unidade de paritorio, con seguimiento en AP el mismo de Departamento de salud y analítica de Vit D en el primer trimestre de gestación.

#### Criterios de exclusión:

- No haber realizado la determinación analítica de Vit. D en el primer trimestre.
- Feto muerto.

Variable dependiente: Valor de vitamina D. Se establecieron los niveles en: suficientes >30ng/ml, insuficientes de 15-30ng/ml y deficientes <15ng/ml (SEGO, 2017).

La determinación de las concentraciones séricas maternas de 25-hidroxivitamina D3 sangre se determinó mediante inmunoensayo quimio-luminiscente (CLIA), de LIAISON® 25 OH Vitamin D TOTAL Assay.

#### Variables independientes:

- Variables sociodemográficas.
- Variables obstétricas y neonatales.

El análisis estadístico se realizó con SPSS v.25. Se estableció el nivel de significación con una p<0,05.

#### RESULTADOS.

#### **ANALISIS DESCRIPTIVO**

Del total de la muestra (N=638), el 8.2% (52 mujeres), presentaban niveles normales de vitamina D en el primer trimestre, el 59.2% mostró niveles insuficientes, y el 32.6% niveles deficientes.

La edad media de las mujeres fue de 31 años  $\pm$  5.9 años. Eran primíparas el 34,9%, y de origen español el 66.3%. Respecto al total de nacimientos, fueron gestaciones a término el 95,1%, y de inicio espontáneo el 69,3%. La vía de finalización fue mediante parto eutócico el 62,9%. El peso fetal medio al nacimiento fue de 3334,35  $\pm$  522,9 gramos. Eran portadoras del SGB el 11,1%.

#### ANÁLISIS BIVARIADO

Los valores plasmáticos de 25-hidroxivitamina D3 presentaron variaciones estadísticamente significativas a lo largo del año, siendo los valores mayores de junio a diciembre, y menores de enero a mayo (p< 0,001).

El país de origen de la gestante y los niveles de vitamina D mostró diferencias significativas estadísticamente (p< 0,001) entre los otros grupos, siendo deficientes en gestantes de origen africano (8,75 ng/ml).

Las gestantes con menor edad presentaban valores menores de vitamina D (p< 0,001), aunque el valor del coeficiente de correlación es relativamente bajo (r=0,190). Por otro lado, a mayor número de gestaciones, menores valores de vitamina D, más evidente en el grupo de mujeres con 4 gestaciones (p<0,001). También, a mayor numero de partos menores valores de vitamina D (p<0,001).

No se mostró relación estadísticamente significativa entre los niveles de vitamina D y la edad gestacional (p=0,141), la inducción del parto (p=0,502), o terminación mediante parto o cesárea (p=0,486).

El peso neonatal era menor en las madres con niveles mayores de vitamina D (r -0.110) (p=0,05). Por último, aquellas mujeres con SGB positivo, presentaban valores significativamente menores de vitamina D (p=0,006).

#### CONCLUSIONES.

Se ha detectado un gran porcentaje de gestantes con niveles deficientes/insuficientes de vitamina D. La variación estacional se relacionó con un menor aporte de esta vitamina en los meses de enero a mayo, tal vez por la menor radiación y exposición solar.

La relación entre los niveles de vitamina D y la edad, o la paridad, sería un motivo mayor de estudio, al igual que la relación con la presencia del SGB.

C006- IMPORTANCIA DE LOS GRUPOS POSTPARTO EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA MEJORAR LA ADAPTACIÓN A LA MATERNIDAD.

Hernández Meroño M, Fernández González B.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

El postparto es un periodo de adaptación de duración real incierta en el que la mujer experimenta una gran vulnerabilidad y gran necesidad de apoyo.

#### Objetivos:

- -Evaluar la satisfacción percibida de las madres que acuden a un taller de postparto
- -Evaluar las dificultades que tienen las madres durante el postparto
- -Describir las características del grupo de mujeres que acudieron a las sesiones

#### MÉTODOS.

Estudio descriptivo. Cuestionario electrónico semi-cuantitativo elaborado ad-hoc con 20 preguntas. Enviado a 36 mujeres que han asistido al taller de postparto de Enero a Marzo. El taller consistió en 12 sesiones de 120 min, con grupo abierto.

#### **RESULTADOS.**

El cuestionario fue contestado por 24 mujeres con una edad media de 35 años. La mayoría con estudios universitarios (80%), casadas (91%) y trabajadoras por cuenta ajena (83%). Primigestas (92%) y con embarazo único (100%). El 58% tuvieron parto eutócico, 25% cesárea, 8,3% ventosa y 8,3% fórceps. Al alta, casi el 80% dio lactancia materna. Al rellenar el cuestionario, la edad media de los bebés era de 21 semanas (12-31). El 62,5% continuaban con lactancia materna exclusiva, 12,5% lactancia materna junto a alimentación complementaria. Las dificultades se categorizaron en 6 subgrupos: (1) lactancia, (2) miedo e incertidumbre en relación a las necesidad del bebé, (3) tristeza y soledad (4) dolor herida de cesárea/periné; (5) agotamiento físico y/o psicológico; (6) dificultades con la pareja. El nivel de satisfacción con el taller fue muy alto (83%), considerándolo muy necesario.

#### CONCLUSIONES.

La lactancia materna y el miedo e incertidumbre en relación a la capacidad de cuidado del bebé representaron las mayores dificultades a las que se enfrentaron las mujeres durante el período de evaluación. Destacaron la gran accesibilidad de las matronas y la necesidad de realización de estos talleres para facilitar la adaptación a la

maternidad. Entre las áreas de mejora señalaron la necesidad de grupos más pequeños y prolongados en el tiempo y mejorar las características del aula, más adaptadas a los bebés.

# CO09- ANÁLISIS DE LA PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA ESPECIALIZADA DE LACTANCIA MATERNA (CELM).

Bernabé Cases MO, Buendía Serrano S, Carbonell Simé EP, Silva Tubio JR.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

#### **GENERAL**

Realizar una revisión del primer año de la instauración de la CELM

#### **ESPECÍFICOS**

#### Analizar:

- 1. Las vías de acceso a la CELM
- 2. Los motivos de consultas y diagnósticos más frecuentes
- 3. Las intervenciones realizadas

#### MÉTODOS.

El estudio realizado es descriptivo observacional transversal.

Se realizó una revisión de las historias clínicas (HC) de las 42 mujeres que acudieron el 1º año de la CELM.

#### Datos analizados:

- Sociodemográficos: edad, nacionalidad, localidad de residencia
- Vía de finalización de la gestación y el centro del nacimiento
- Peso del Recién Nacido (RN).
- Fecha y vía de acceso a la CEL
- Motivo de consulta y diagnóstico emitido
- Intervenciones realizadas y destino al alta

#### **RESULTADOS.**

Del total de muestra (n=42), un 78.57% son de nacionalidad española. El 88.10% son nacimientos en el hospital del estudio. La edad está comprendida entre los 18 y 44 años , con una media de 32 años, siendo un 64.30% primíparas.

La vía de nacimiento más frecuente es el parto vaginal (71.43%).

El rango de peso más frecuente es 3000 gr - 3499 gr (50%), seguido de 2500 gr - 2999 gr (21.43%), siendo los menos frecuentes < 2499 gr (7.14%) y > 4000 gr (2.38%).

La forma de acceso a la CELM es concertada (80.95%), a demanda (57.76%) y derivada de otros profesionales (7.14%).

Los motivos de consulta son: control de peso (CP) (35.71%), dudas sobre enganche (30.95%) y la cantidad de leche (19.05%), mastitis (19.05%), grietas (9.52%), dudas sobre fármacos (2.38%) y deseo de LM (2.38%).

Los diagnósticos emitidos tras las consultas son: ganancia ponderal (GP) (adecuada/inadecuada) (45.25%), frenillo corto (33.33%), mastitis (14.29%), deseo de iniciar LM (14.29%), bache de lactancia, destete, hipogalactia, intolerancia a la leche materna e hipercolesterolemia en tratamiento (con un 2.38% cada uno).

Con motivo del CP del RN, el 68.42% eran primíparas. De éstas, el 53.84% tuvo un RN con peso < 3000 gr. Solo 2 de los RN que acudieron nacieron con < 2500 gr. La GP fue adecuada en el 66.67% de los RN. 2 casos necesitaron suplementación: (1) hijo de secundípara con peso al nacimiento (PN) 2400 gr y (2) hijo de primípara con PN 3595 gr. El control de la GP y dudas sobre cantidad de leche son los motivos principales de visitas sucesivas. Del total de las mujeres con dudas sobre cantidad (19.05%), el 50% precisó segunda visita.

Del total de frenillos cortos diagnosticados, el 71.43% acudió por dudas de enganche, 21.43% por grietas, 14.29% para CP, el 7.14% por mastitis y el 7.14% por dudas sobre cantidad. La intervención específica en el 78.57% de los casos es la derivación al otorrinolaringólogo y el 21.43% es el alta. El 87.5% de las consultas por mastitis es a demanda. Todas precisaron antibioterapia y recomendaciones para el dolor.

#### CONCLUSIONES.

Los datos analizados en este estudio muestran la importancia de la existencia de una consulta accesible y especializada capaz de dar el soporte adecuado a los problemas que pueden aparecer durante la lactancia materna, tanto los más frecuentes (controles de peso o las dudas sobre el correcto enganche/cantidad de leche), como los menos frecuentes (frenillos cortos, mastitis). Además, los protocolos elaborados en la CLM para la detección y tratamiento de los problemas han sido altamente eficaces, puesto que de 42 mujeres, 39 continuaron con lactancia materna, solo dos necesitaron suplementación y tan solo una la abandonó.

CO10- LA INFLUENCIA DEL MODELO 'CASELOAD' O SEGUIMIENTO INDIVIDUALIZADO POR PARTE DE LA MATRONA SOBRE GESTANTES Y NEONATOS.

Campuzano Gómez C, Fernández Honrubia C, García Sarabia M.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

Comparar las diferencias en cuanto pronóstico materno y neonatal, en aquellas mujeres gestantes que reciben continuidad de cuidados por parte de una misma matrona, con respecto a aquellas que reciben atención sanitaria tradicional.

#### MÉTODOS.

Revisión bibliográfica. Se consultaron diversas bases de datos entre las que se encuentran CINAHL, Ovid, PubMed, Medine, Summon, Google Schoolar, The Cochrane Library e Intermid. Para la búsqueda bibliográfica se utilizaron los siguientes descriptores: 'midwifery', 'continuity of care', 'outcomes', 'cesarean section', 'caseloading', 'Midwifery Group Practice', 'mode of care', 'midwifery-led', 'birth'. Los criterios de inclusión y exclusión consistieron en la selección de artículos que tuvieran menos de 10 años de antigüedad y que estuviesen escritos en inglés.

#### **RESULTADOS.**

Tras el análisis de los distintos estudios, se observó que aquellas mujeres que recibían continuidad de cuidados, eran menos propensas a sufrir intervenciones durante la gestación. Se encontró una menor incidencia en las cesáreas programadas en aquellas mujeres que fueron atendidas por una misma matrona durante todo el embarazo.

Algunos estudios sugieren que el modelo 'caseloading', conlleva una mayor tasa de partos eutócicos, aunque otros estudios no encontraron diferencias significativas. Estos resultados pueden estar sesgados, debido a que los grupos 'caseload' llevados por matronas, llevan el seguimiento de aquellas mujeres clasificadas como bajo riesgo, y que por tanto están más predispuestas a tener menos complicaciones que aquellas cuyo seguimiento debe ser llevado por otros profesionales. Adicionalmente, aquellas mujeres atendidas individualizadamente por una matrona, tuvieron una menor tasa de inducción que aquellas que fueron atendidas siguiendo los cuidados tradicionales. También se observó una mayor adherencia a la lactancia materna con el modelo 'caseload'.

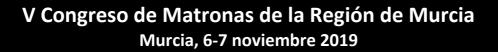
A pesar de que algunos estudios asocian el uso de la analgesia epidural con un mayor riesgo de sufrir partos instrumentados debido a un retraso en el periodo expulsivo, dos revisiones Cochrane lo desmienten. El uso de la episiotomía también resultó ser menor en aquellas mujeres primíparas que recibieron cuidados por una misma matrona durante todo el embarazo y parto, además de ser más proclives a tener un periné intacto.

#### CONCLUSIONES.

A pesar de que las NICE guidelines recomiendan la continuidad de una matrona a lo largo del periodo antenatal, intraparto y puerperio, en la práctica no se lleva a cabo.

Esta revisión sugiere, que aquellas mujeres que reciben continuidad en sus cuidados eran menos propensas a recibir un cuidado intervencionista en comparación con aquellas que no habían sido atendidas siguiendo el modelo 'caseload'. Además, las mujeres que recibieron continuidad de cuidados refirieron una mayor satisfacción.

Por tanto, se puede concluir que la continuidad durante la gestación por parte de un equipo de matronas de manera individualizada, ayudaría a mejorar la calidad de los servicios en maternidad.



# **COMUNICACIONES POSTER**

# P001- INTEGRIDAD PERINEAL EN PARTOS EUTÓCICOS ATENDIDOS EN DOS HOSPITALES COMARCALES.

López Mira I, Crespo Fernández A, Ferrández Torres S.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

Describir los resultados en cuanto a trauma perineal en partos eutócicos a término en dos hospitales comarcales.

#### MÉTODOS.

Se realizó un estudio de tipo transversal. La muestra estuvo compuesta por 1814 mujeres con partos eutócicos a término atendidas durante el año 2018 en ambos departamentos. Se estudiaron las siguientes variables: edad, país de nacimiento, número de gestaciones, semanas gestacionales, realización de episiotomía, desgarro o periné íntegro. Aprobación por el comité de ética de ambos hospitales en Julio de 2019. Se tabularon en una tabla de Excel y se analizaron con el paquete estadístico SPSS 17.

#### RESULTADOS.

Las mujeres que formaron parte de la muestra se caracterizaron por tener una franja media de edad entre 16 y 35 años y ser en su gran mayoría españolas en un departamento y extranjeras en otro. La relación entre nulíparas y multíparas fue de un 43,7% frente a un 56,3% en ambos departamentos. La media de episiotomías en ambos hospitales fue de un 10,4%, un 58,4% de desgarros no severos y un 0,6% de desgarros severos, alcanzando un total de un 32% de perinés íntegros.

#### CONCLUSIONES.

Los resultados muestran que las mujeres con parto eutócico a término atendidas en ambos departamentos presentan porcentajes adecuados de EMLD, siguiendo las directrices de la OMS, Estrategia de atención al parto normal del Ministerio de Salud y no observándose apenas resultados adversos, entendidos como desgarros de tercer y cuarto grado. Esto nos lleva a pensar que los procedimientos y protocolos de nuestra práctica clínica están bien encaminados hacia estándares de calidad en la atención obstétrica actual.

# P002- EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO CON LEVOTIROXINA EN EL HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO MATERNO ASOCIADO A LA GESTACIÓN.

Rodríguez Dólera Á, Martínez Rojo C, Tudela Zamora L, Alacid Cutillas N.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

Determinar la efectividad del tratamiento con levotiroxina en mujeres embarazadas que padecen hipotiroidismo subclínico.

#### MÉTODOS.

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica.

Se han seleccionado ensayos clínicos aleatorizados, estudios de cohortes, revisiones sistemáticas y estudios observacionales descriptivos transversales.

El tipo de paciente seleccionado en el estudio son mujeres embarazadas diagnosticadas de hipotiroidismo subclínico asociado a la gestación.

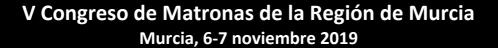
En cuanto al tipo de intervención, incluimos tratamiento con levotiroxina utilizado para el manejo del hipotiroidismo subclínico asociado a la gestación.

Para comenzar la búsqueda, se trasladaron términos de lenguaje libre a descriptores. En primer lugar, se llevó a cabo una búsqueda en español en el Tesauro de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y tras esto, se produjo una búsqueda en inglés en el Medical SubjectHeadings (MeSH). Los descriptores empleados fueron: embarazo; tiroxina; hipotiroidismo; aborto. En inglés: pregnancy; thyroxine; hypothyroidism; abortion.

Las búsquedas tuvieron lugar durante los meses de julio y agosto del 2019 y las bases de datos consultadas para obtener artículos originales fueron: las bases de datos internacionales PubMed, SciELO y Cochrane, y la nacional Cuiden. Además, se llevó a cabo una consulta al sistema Previd.

Los artículos seleccionados fueron publicados entre 2006-2016.

Además, los idiomas de los estudios son el inglés y español.



#### RESULTADOS.

Al realizar la búsqueda inicial, se obtuvieron 20 artículos que finalmente tras una lectura exhaustiva y descartando las duplicidades encontradas procedentes de las distintas bases de datos, se seleccionaron 6 artículos: 4 revisiones sistemáticas, una de ellas con metanálisis; 1 estudio observacional descriptivo transversal y 1 estudio de casos y controles.

#### Parto pretérmino:

Según un estudio procedente de una revisión sistemática, donde participaron 115 mujeres y se compararon los resultados obtenidos entre aquellas que se sometían a tratamiento con levotiroxina frente a las que no seguían ningún tratamiento, pone de manifiesto que la levotiroxina redujo significativamente el parto prematuro en un 72% (RR 0,28; IC del 95%: 0,10 a 0,80, p=0,018). El grupo que seguía el tratamiento con levotiroxina tuvo una tasa de natalidad prematura del 7,2% en comparación con una tasa del 26% en el grupo no tratado; (IC del 95%: -0,33 a -0,05).

Según una revisión sistemática con metanálisis, las mujeres tratadas con levotiroxina presentaban una tasa de prematuridad del 4% respecto al grupo comparación que no se sometía a ningún tratamiento, presentando este un 30%; (IC del 95%: 0,96-12,28, p=0,06).

#### Aborto espontáneo:

Según un ensayo clínico aleatorizado, hubo una tendencia a reducir el riesgo de aborto espontáneo en las mujeres en tratamiento con levotiroxina en comparación con aquellas que no seguían ningún tratamiento, p=0,07; (RR 0,25; IC del 95%: 0,06 a 1,15). Las mujeres del grupo de levotiroxina tuvieron una tasa de aborto espontáneo del 3,5%, mientras que la tasa del grupo no tratado fue del 13,7%; (IC del 95%: -0,20 a 0).

Otro ensayo clínico aleatorizado determinó que la tasa de aborto espontáneo fue menor en el grupo de mujeres que estaba siendo tratado con levotiroxina 6,1%, respecto al que no estaba siendo sometido a ningún tratamiento, 8,8%. No obstante, no se encontraron diferencias significativas, p=0,12.

#### CONCLUSIONES.

El tratamiento con levotiroxina en el hipotiroidismo subclínico asociado al embarazo es una práctica estándar hoy en día. Obtener y mantener un estado eutiroideo desde la concepción, puede maximizar los beneficios asociados al tratamiento con levotiroxina, particularmente en el caso de reducir las tasas de aborto espontáneo en el primer trimestre y de reducir los partos pretérmino.

En la actualidad, es aconsejable el asesoramiento preconcepcional acerca de la importancia del control de la hormona tiroidea, pues reduce la morbilidad materno-fetal.

# POO3- POSIBLES SIGNOS DE ALERTA DE VIOLENCIA DE GÉNERO DURANTE EL EMBARAZO Y EL PARTO.

García Sarabia M, Vigueras Bernal G, Cano Mateo JA, López Pay MD, Rodríguez Portilla N, De Mulder C.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

Describir los posibles signos de alerta asociados a la violencia de género durante el embarazo y el parto.

#### MÉTODOS.

Revisión sistemática de 8 artículos publicados en los últimos cuatro años y seleccionados tras la evaluación de la calidad metodológica mediante parrilla CASPe y la exclusión de aquellos artículos que no cumplieron los criterios de inclusión. Se utilizaron como palabras clave los DeCS "embarazo", "violencia de género", "violencia de pareja", "salud de la mujer" y "violencia doméstica". Se consultaron las siguientes bases de datos: Pubmed, Web Of Science, Scielo, Cuiden y Scopus y se llevó a cabo un rastreo manual de la bibliografía.

#### RESULTADOS.

Se encontró una asociación significativa entre todas las formas de violencia de género experimentadas en el embarazo y las complicaciones durante este. Las complicaciones médicas más prevalentes fueron: problemas urinarios (p<0.01), problemas gastrointestinales (p<0.05), cansancio y fatiga (p=0.00), alergia y edemas (p<0.05).

En cuanto a las complicaciones obstétricas y del desarrollo normal del embarazo y el parto se encontró una mayor necesidad de medicalización durante el parto (p<.018), presencia de mayor inestabilidad en la cardiotocografía (p=0.013), insomnio (p<0.001), depresión durante el embarazo y post-parto (p<0.001), ideación suicida, ansiedad, tristeza y una peor percepción de la salud y la atención recibida (p<0.004).

#### **CONCLUSIONES.**

La violencia de género durante el embarazo se asocia a problemas médicos que tienen repercusiones tanto a nivel físico y emocional, como en la vivencia del embarazo en las mujeres. Estos signos deben de tenerse en cuenta en la valoración por parte de los profesionales sanitarios para realizar una detección precoz de esta problemática, y ofrecer una mejor asistencia durante el embarazo. Aún así, se considera necesario continuar investigando sobre el efecto de la violencia de género en el embarazo y la maternidad.

# P004- LA COPA MENSTRUAL, ¿EL FUTURO EN LOS PRODUCTOS DE CUIDADO FEMENINOS?.

Fernández Honrubia C, García Sarabia M, Campuzano Gómez C, López López M, López Pay MD.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

Analizar la información disponible a día de hoy sobre el uso, aceptabilidad y seguridad de la copa menstrual, así como sus ventajas e inconvenientes.

#### MÉTODOS.

Revisión bibliográfica de 11 artículos publicados en los últimos nueve años y seleccionados tras la evaluación de la calidad metodológica mediante parrilla CASPe. Para la búsqueda de información y conocimientos, se ha realizado una búsqueda bibliográfica sistemática en las siguientes bases de datos: Pubmed, Web Of Science, Scielo, Scopus. Además, se consultaron revistas científicas electrónicas y se llevó a cabo un rastreo manual de la bibliografía. Los descriptores utilizados para la búsqueda fueron: copa menstrual, copa vaginal, menstruación y salud.

#### **RESULTADOS.**

Tras el análisis de los resultados, encontramos que en comparación con los productos convencionales, la copa menstrual (CM) presentó mejores puntuaciones para la variable satisfacción (p=0.04), siendo calificada como mejor en cuanto a comodidad, calidad, capacidad de recolección de la sangre menstrual, apariencia, ahorro económico, mayor sensación de independencia y libertad, preferencia, respetuosa con el medio ambiente y menor frecuencia de fugas (p=0.04).

En cuanto a la facilidad de inserción, la CM mejoró notablemente entre los meses primeros meses de uso, con calificaciones que aumentaron del 38% al 96%. Igualmente, la facilidad de retirarla también aumentó del 67% al 96%. El número de veces requeridas para vaciar la CM en los días de sangrado abundante y durante todo el ciclo menstrual fue menor que para las compresas y tampones (p<0.01).

Así mismo, encontramos una asociación estadísticamente significativa entre el uso frecuente de la CM, el uso de DIUs y la expulsión del mismo (p<0.002). También se encontró, que los encuestados que usaban previamente o frecuentemente DIU informaron significativamente más que los no usuarios de DIU acerca del uso de la copa menstrual (p=0.01) y del tampón (p<0.001).

Por otro lado, no hay parámetros de seguridad afectados negativamente, ni se informaron de riesgos significativos para la salud durante la vigilancia posterior a su comercialización. La CM no produjo un mayor riesgo de infección, ni efectos adversos en la flora vaginal en comparación con otros productos. También, se informó de una disminución de la candidiasis, una menor prevalencia de infecciones bacterianas y una menor prevalencia de vaginosis bacteriana entre las usuarias de la CM.

#### **CONCLUSIONES.**

El uso de copa menstrual está aumentando en la sociedad, la mayoría de los estudios indican que las copas menstruales son una opción segura para el manejo de la menstruación sin necesidad de múltiples tamaños, ajustes u otros servicios médicos y están siendo ampliamente utilizadas internacionalmente.

En cuanto a los inconvenientes, el uso frecuente de la CM puede incrementar el riesgo de expulsión del DIU, posiblemente relacionado con la forma de retirar la CM que puede aplicar presión negativa sobre el cérvix.

Como beneficios de la CM destacar su uso en poblaciones de bajos ingresos, ya que a largo plazo se produce un gran ahorro económico. En referencia al impacto medioambiental, la CM conducirá a un ahorro en la reducción de desechos y daños a los sistemas de agua.

Para finalizar, son necesarios mayor número de estudios futuros para explorar la relación entre el uso de las copas menstruales y la expulsión de DIUs; así como, estudios sobre el coste-efectividad y el efecto ambiental.

POOS- EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN ADOLESCENTES SOBRE LA INCIDENCIA DE INFECCIÓN POR VIRUS DE PAPILOMA HUMANO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

Díaz Nicolás ME, Campaña Santiago M, Díaz Sánchez AI, Soler Motos E, Avilés Pastor MD, Ballesteros Meseguer C.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

Introducción.

La infección por el virus del papiloma humano (VPH) es considerada la infección de transmisión sexual (ITS) más frecuente en el mundo cuyas tasas más altas están presentes en los adolescentes al estar asociado al inicio precoz de la actividad sexual. Además, está relacionado con la promiscuidad, la multiparidad, el tabaquismo, el embarazo en edades tempranas, las alteraciones del sistema inmunológico, el uso prolongado de anticonceptivos y con la mala nutrición. El VPH es el factor etiológico principal para desarrollar cáncer cérvico-uterino además de otras neoplasias malignas. El VPH se divide en dos subgrupos para los cuales se encuentran disponibles diversas vacunas; de bajo riesgo causante de verrugas genitales (VPH-6 y el VPH-11), y de alto riesgo que causa neoplasia intraepitelial y cáncer (VPH-16 y el VPH-18). Debido al escaso consejo e información que reciben los adolescentes sobre el VPH y a consecuencia de la alta complejidad de esta enfermedad, es necesario fomentar el conocimiento mediante programas educativos.

#### Objetivos.

Evaluar la efectividad de una intervención educativa realizada en adolescentes desde atención primaria sobre la incidencia de infección por Virus de Papiloma Humano.

#### MÉTODOS.

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos; Scielo, Cuiden, Lilacs, Elsevier, PubMed. Además de las citadas bases de datos se han consultado las fuentes documentales Murcia Salud y Federación de Asociaciones de Matronas de España. Se han utilizado términos de búsqueda (DECS); "Papillomavirus Infections", "Adolescent", "Sex Education" y operadores booleanos (or) (and). Los criterios de selección serán de "menos de 5 años" de antigüedad, "español / inglés", "texto completo". Fueron encontrados 577 estudios, de los cuales fueron seleccionados 6 estudios: dos estudios descriptivos, un estudio de revisión sistemática y tres estudios de intervención participativa/educativa.

#### **RESULTADOS.**

Los resultados muestran un nivel de conocimiento bajo y escasa concienciación por parte de los adolescentes menores de edad en general sobre los factores de riesgo del VPH y su prevención. Se observa que tras una intervención educativa una gran proporción de niñas percibe mayor riesgo de contraer el VPH con respecto a los niños y las tasas de vacunación aumentan. Sin embargo, se evidencia la necesidad de re-impartir el programa pasado más de un año por olvido de información. Se aboga por incluir actividades dinámicas con profesionales de salud capacitados.

#### **CONCLUSIONES.**

Un programa educativo en adolescentes con estrategias de promoción y prevención resulta eficaz para que se adopten nuevos comportamientos saludables y se favorezcan nuevas decisiones responsables con respecto a la prevención del VPH.

#### P006- REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO.

Soler Motos E, Avilés Pastor MD, Díaz Nicolás ME, Campaña Santiago M, Díaz Sánchez AI, Espinosa Melenchon I.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

Los objetivos de la revisión bibliográfica es conocer la efectividad y describir la situación sobre los Planes de Parto y Nacimiento, así como analizar cómo influye en el desarrollo y finalidad del parto y sobre la satisfacción materna.

#### MÉTODOS.

Con el objetivo de conocer los antecedentes del tema en cuestión se ha realizado una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos Medline (PubMed), CuidenPlus, CINAHL y Cochrane Library. Se han utilizado los marcadores boleanos "AND" y "OR" para la búsqueda de los artículos mediante estrategias de búsqueda avanzada. Los descriptores utilizados Decs fueron "parto normal" "parto humanizado" "autonomía" y terminología libre "plan de parto y nacimiento". Además se examinaron fuentes científicas de la Organización Mundial de la Salud, de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) y guías de práctica clínica. Los artículos seleccionados han sido publicados entre los años 2009 y 2019. Tras la lectura crítica de los mismos se escogieron 15 documentos de interés.

#### **RESULTADOS.**

Tras analizar la bibliografía recopilada podemos relacionar el Plan de Parto y Nacimiento positivamente con un aumento del contacto piel con piel, de la tasa de partos eutócicos, y del pinzamiento tardío del cordón. El Plan de Parto y Nacimiento se asocia a un menor ingreso del neonato en la UCI, mayor tasa de partos vaginales y menor tasa de cesáreas, con un menor gasto sanitario asociado. Además, se ve reforzada la autonomía de las mujeres gracias a la elección de preferencias sobre el desarrollo y finalización del parto, aumentando las dimensiones de seguridad, efectividad, y satisfacción de las mujeres, contribuyendo de esta forma al empoderamiento de las mujeres. En contraposición aunque en febrero de 2012 se publico un modelo de Plan de Parto y Nacimiento por parte del Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad estos no se vieron aumentados en la práctica clínica según la bibliografía consultada.

#### CONCLUSIONES.

Sería necesario seguir investigando sobre el tema para conocer las causas del bajo porcentaje de utilización del plan de parto y poder incidir sobre el problema y lograr un mayor uso, ya que tal y como hemos visto se obtienen muy

buenos resultados asociados al uso del Plan de Parto, siendo este un recurso muy económico. Sería interesante crear políticas sanitarias para dar a conocer los Planes de Parto y Nacimiento, potenciando de este modo su uso. Además se debería formar principalmente a las matrona de Atención Primaria, ya que la profesional idónea para trasmitir esta información durante las clases de educación maternal y en las consultas sucesivas de embarazo y la que puede acompañar a la mujer en la elaboración de su Plan de Parto y Nacimiento.

POO7- IMPACTO DE LOS EJERCICIOS DE SUELO PÉLVICO SOBRE LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA TRAS DEL PARTO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

Zamora Pérez MJ, Gracia Portero A, Pintor Campos AM, Martínez Chico E, Menéndez Gómez G, Martínez Rojo C.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

La disfunción sexual consiste en una alteración del deseo sexual y en un conjunto de cambios psicofisiológicos que caracterizan la respuesta sexual y causan dificultades interpersonales y una marcada angustia. La etiología de la disfunción sexual femenina es multifactorial. Tras el parto los problemas disfuncionales son altamente prevalentes y la actividad sexual se reduce. La satisfacción sexual es importante para mantener la calidad de vida de las mujeres después del parto.

Por tanto, este estudio tuvo como objetivo conocer el efecto del ejercicio del suelo pélvico sobre la función sexual femenina después del parto.

#### MÉTODOS.

Se realizó una revisión bibliográfica sobre el efecto de los ejercicios de suelo pélvico sobre la función sexual femenina. Se emplearon las bases de datos PubMed, SciElo, Cuiden, Lilacs y Scopus. La mayoría de resultados se obtuvieron de PubMed. Las palabras clave, empleadas, fueron: "dispareunia" "trastornos sexuales y de género", "ejercicio", periodo posparto ", "parto", y "diafragma pélvico" ("dyspareunia", "sexual and gender disorders", "exercise", "postpartum period", "parturition", "pelvic floor", en inglés). Se incluyeron los artículos que investigaron el impacto de los ejercicios de suelo pélvico sobre la función sexual de la mujer y fueron publicados entre 2014 y 2019. La calidad metodológica de los estudios se evaluó mediante el programa de habilidades de evaluación clínica (CASPe).

#### **RESULTADOS.**

Se consultaron un total de 9 estudios: 6 ensayos clínicos aleatorizados y 3 revisiones sistemáticas. Los resultados de 6 artículos mostraron que los ejercicios de suelo pélvico mejoraron la función sexual femenina. Tras realizar de forma regular estos ejercicios se encontraron mejoras significativas en la excitación, deseo sexual, lubricación, reducción del dolor, excitación, capacidad orgásmica o satisfacción sexual después del parto. Tres de los artículos no hallaron relación significativa entre los ejercicios de suelo pélvico y la mejora de la función sexual.

#### **CONCLUSIONES.**

La mayoría de los artículos revelaron que los ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico mejoran la disfunción sexual. Sin embargo, es necesario realizar más estudios que corroboren que realizar dichos ejercicios puede mejorar la salud sexual femenina tras el parto. Se trata de ejercicios fáciles y económicos que los profesionales sanitarios pueden enseñar en el posparto.

P008- UTILIDAD DEL COCIENTE SFLT-1 / PLGF PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE PREECLAMPSIA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

Campaña Santiago M, Díaz Sánchez AI, Soler Motos E, Avilés Pastor MD, Díaz Nicolás ME, López López MI.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

Objetivo general: Revisar la utilidad del cociente sFlt-1 / PIGF como nuevo marcador bioquímico para la predicción y diagnóstico precoz de la Preeclampsia.

#### Objetivos específicos:

- Clasificar de forma más precisa a las gestantes en función del riesgo para su seguimiento.
- Ayudar al diagnóstico diferencial con otras patologías en el seno de la disfunción placentaria.
- Facilitar la toma de decisiones y evitar hospitalizaciones y pruebas diagnósticas innecesarias.

#### MÉTODOS.

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica mediante las bases de datos Cochrane Library, Pubmed, CINAHL y Scielo. Como descriptores se han seleccionado: "diagnóstico precoz", "Preeclampsia" y "biomarcador" ("early diagnosis", "Preeclampsia", "biomarker"). Se han empleado como operadores booleanos "AND" y "OR", utilizando una estrategia de búsqueda avanzada. Se han consultado también fuentes científicas como la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) y la American College of Obstetricians and Gynecologists, además de protocolos y guías de práctica clínica nacionales. Como criterios de selección de artículos se han tenido en cuenta aquellos de menos de 5 años de antigüedad, idioma en español e inglés y con acceso a texto completo y restringido, habiendo un total de 123 artículos. Tras la lectura crítica de los títulos y resúmenes se seleccionan un total de 19.

#### **RESULTADOS.**

La evidencia científica disponible propone la hipótesis del desequilibrio entre factores angiogénicos y antiangiogénicos como mecanismo patogénico probable de la Preeclampsia. La placenta disfuncional libera elevadas cantidades del factor antiangiogénico tirosina quinasa en su forma soluble (sFlt-1), que atrapa al factor angiogénico de crecimiento placentario (PIGF), produciéndose un desequilibrio endovascular que favorece el daño endotelial y la vasoconstricción periférica, predisponiendo a la aparición de preeclampsia. De esta manera, un aumento en el cociente sFlt-1 / PIGF se relaciona directamente con las manifestaciones clínicas de la preeclampsia, especialmente en sus formas más graves y precoces, estando presente incluso un mes antes de que aparezcan los

primeros síntomas. Para su interpretación, se propone como puntos de corte un ratio sFlt-1 / PIGF >85 pg/ml como criterio diagnóstico de preeclampsia para gestaciones únicas entre las semanas 24 y 34, y como criterio de exclusión un ratio <38 pg/ml. Para valores intermedios se propone repetir la determinación a las 2 semanas.

#### CONCLUSIONES.

El cociente sFlt-1 / PIGF se muestra particularmente útil en el diagnóstico diferencial con los distintos estados hipertensivos del embarazo, especialmente antes de la semana 34 y para descartar otras entidades que pueden mimetizar la preeclampsia, como nefropatías, lupus, trombocitopenia o cefalea. Un correcto diagnóstico diferencial puede evitar decisiones erróneas de finalización de la gestación, apoyar la decisión de continuar con un manejo expectante en edades gestacionales precoces con situaciones clínicas de difícil interpretación, y además reducir hospitalizaciones innecesarias.

No obstante existen todavía limitaciones en el empleo e impacto de dichos biomarcadores para situaciones especiales como embarazos afectados por infecciones o anomalías congénitas y gestaciones múltiples, donde su interpretación se hace más compleja, por lo que se propone seguir incrementando el número de estudios que aporten mayor conocimiento y evidencia.

P009- REGIÓN DE MURCIA. A LA CABEZA EN EXPOSICIÓN AL AMIANTO EN ESPAÑA. UN ENEMIGO SILENCIOSO DURANTE EL EMBARAZO E INFANCIA ¿QUÉ SABEMOS?.

Pérez García N.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

Los objetivos del presente trabajo son:

- 1. Conocer la situación de la población española en cuanto a exposición al amianto, concretamente, en la regiónde Murcia.
- 2. Conocer las consecuencias de dicha exposición en periodo de gestación y sus repercusiones futuras.
- 3. Destacar el papel de la matrona como agente informativo y preventivo en materia de educación sanitaria.

#### MÉTODOS.

Búsqueda y revisión bibliográfica en las principales bases de datos en materia de ciencias de la salud (Pubmed, Scielo, Chrochane), con una antigüedad de máximo 5 años, en español e inglés y empleo de palabras clave: "amianto y embarazo" "amianto y consecuencias", "Murcia y amianto y prevalencia", "asbestosis y embarazo" y sus variantes.

#### **RESULTADOS.**

Se encontraron 28 artículos, tanto en materia sanitaria como legislativa, siguiendo las estrategias de búsqueda antes mencionadas.

#### CONCLUSIONES.

La Región de Murcia, se encuentra a nivel nacional, a la cabeza en cuanto a niveles de amianto se refiere. Concretamente, Cartagena, seguidas de Murcia, Molina del Segura y San Javier, entre otros.

Se conoce como amianto o asbesto a la fibra mineral empleada clásicamente como aislante y protección contra incendios en los edificios construidos durante la década de 1940 a 1970 en España, así como en tuberías, estufas o paredes. Dicho material, una vez sufre degradación, se desprende y se acumula a nivel tanto pulmonar como gastrointestinal tal y como demuestran diversos estudios en los cuales se ha evidenciado la presencia de amianto en agua potable, así como en los fetos de animales expuestos a dicho compuesto, el cual se relaciona con la aparición de cáncer pulmonar y gastrointestinal.

La situación supone un auténtico problema de salud pública que acontece a nivel nacional sobretodo a la Región de Murcia.

Es prioritario informar a la población gestante para dar información veraz y pautas de prevención, para lo cual, la matrona constituye una pieza clave.

PO10- PROTOCOLO EN EL CONTACTO PIEL CON PIEL PRECOZ (propuesta de mejora). IMPORTANCIA DE LA MATRONA.

Linares Aranda M, Reales Ferrer E, Moreo Hernández AB, Sevilla Hernández G, Fernández Fructuoso JR.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

El contacto piel con piel precoz -CPP- del recién nacido sobre el pecho y abdomen materno inmediatamente después del parto, es una práctica recomendada por diversos organismos dados los numerosos beneficios que conlleva (Anderson et al., 2003; Alba Romero, 2013), tanto para la madre como para el neonato, aunque su implantación aún no es uniforme en unidades de neonatología y paritorios. Por otra parte, la realización del CPP inmediatamente después del parto es una práctica que debe realizarse bajo ciertas condiciones de seguridad, pues recientemente se ha asociado en algunos trabajos a un incremento del riesgo de colapso neonatal, una entidad infrecuente y poco conocida con una elevada morbimortalidad neonatal. Por este motivo, la Academia Americana de Pediatría y la Sociedad Española de Neonatología, han emitido una serie de recomendaciones (Sánchez Luna et al., 2009; Pallás Alonso y Rodríguez López, 2014) para identificar y evitar situaciones de riesgo durante el CPP, con el objetivo de mejorar la seguridad.

Los objetivos de nuestro trabajo son determinar el grado de conocimiento o información previa de que disponen las gestantes sobre el CPP en condiciones de seguridad, así como el grado de cumplimiento de dichas recomendaciones en paritorio, Maternidad y Unidad Neonatal de nuestro centro -Hospital Universitario comarcal con unos 2.600 partos al año y una Unidad Neonatal de nivel III-B-.

#### MÉTODOS.

Obtención de los datos mediante realización de encuestas autorizadas, anónimas y aleatorias a madres en estado postnatal, cuyos neonatos permanecen en Maternidad o ingresan en la Unidad Neonatal, y su posterior tratamiento estadístico con el programa IBM SPSS Statistics 25.

#### **RESULTADOS.**

Destacar, entre otros, que de la información recibida por las mujeres, el 85,90% de las puérperas entrevistadas tenían conocimientos previos sobre el CPP, y respecto a la información recibida es del 21,70% por el padre/acompañante y el 76,50% por las mujeres, de las cuales el 30% había recibido la información en los cursos de formación al parto, mientras que el 50,90% la había recibido durante su estancia hospitalaria y el 13,60% han sido

informadas en ambos. Únicamente el 21,90% de las mujeres encuestadas habían recibido información sobre los potenciales riesgos de una práctica del CPP en condiciones de inseguridad.

Destaca la figura de la matrona como profesional que con mayor frecuencia -95,50%- informa sobre el CPP a madres, padres y/o acompañante.

Respecto a la realización del CPP en condiciones de seguridad, casi la tercera parte de las mujeres entrevistadas - 31,10%- responde que no se ha supervisado el factor de riesgo "elevación del ángulo de la cama" para facilitar la respiración del recién nacido. El 18,40% refiere que madre e hijo no han sido supervisados mientras duermen por el acompañante o personal sanitario, el 28,60% no lo son durante el momento de la lactancia y el 26,70% responde que, si la madre se encuentra exhausta, el neonato no realiza piel con piel con padre/acompañante como alternativa.

#### CONCLUSIONES.

Se detecta la necesidad de impartir cursos formativos sobre CPP dirigidos al personal sanitario de nuestra área de salud, impartidos por un equipo multidisciplinar, así como la necesidad de implantar un protocolo de información, vigilancia y seguimiento que garantice la realización del CPP seguro tanto en paritorio como en planta de Maternidad y Unidad Neonatal.

# P011- ¿QUÉ CONOCIMIENTOS DEMANDAN PADRES Y MADRES EN EDUCACIÓN MATERNAL?.

Carrasco López Á, Piñera Gómez Y, García Albarracín MD, Espinosa Melenchón I.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

Conocer los conocimientos sobre embarazo, parto, cuidados del recién nacido y lactancia que dicen tener los futuros padres y madres que acuden a la escuela de padres. Conocer si hay diferencia de conocimientos entre hombres y mujeres.

#### MÉTODOS.

Se trata de un estudio descriptivo. Se invitó a todas las gestantes y parejas que acuden a las consultas de matrona de los dos centros de salud que hay en nuestro municipio a asistir a clases de educación maternal en horario nocturno. Tras solicitar su permiso se pasó una encuesta de elaboración propia para que cada miembro de la pareja puntuase del 1 al 10 sus conocimientos sobre el embarazo, parto, cuidados del recién nacido y lactancia materna. Se midieron los resultados en porcentajes y medias. Se inició el estudio en Octubre de 2016 hasta Junio 2017. 46 parejas respondieron las encuestas.

#### **RESULTADOS.**

Las mujeres valoran con una puntuación más alta sus conocimientos en las distintas variables que los futuros padres. La variable que menor puntuación obtiene tanto en hombres como mujeres es lactancia materna, es decir, ambos grupos piensan que sus conocimientos en lactancia son escasos.

#### CONCLUSIONES.

De las cuatro variables los conocimientos en lactancia son los peor valorados. Se hace necesario dar mayor protagonismo en las clases de educación maternal así como en las consultas durante el embarazo a la lactancia materna. A raíz de los resultados obtenidos, los padres refieren menor nivel de conocimientos que las futuras madres. Paradójicamente, cada vez más el padre de hoy en día está asumiendo roles que tradicionalmente han asumido las mujeres, acompañan en el embarazo, en el parto, participan de la toma de decisiones, curan episiotomías o desgarros si los hay, cura del cordón umbilical y acompañan y apoyan en la lactancia. Por lo tanto, se hace necesaria cada vez más su asistencia en las clases de educación prenatal para formarse. En la actualidad los programas de educación prenatal son un servicio ofertado en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. Legalmente las mujeres tienen derecho a que sus empleadores les faciliten las horas para poder acceder a las clases

pero los futuros padres carecen de este derecho y por ello, por razones laborales, vienen a las clases en horario de mañanas un bajo porcentaje. Una solución sería ofertar más horarios de clases, ya sea tardes o en horario nocturno.

# PO12- MANEJO DE LAS POSICIONES DE PARTO EN GESTANTES QUE PRESENTAN UNA POSICIÓN FETAL EN OCCIPITO-POSTERIOR.

De Verástegui Martín M, Callejo Barcelona R, Martínez Ruano E, Ferao Egea R, López Zamora C, Sevilla Hernández MG.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

La posición fetal en occipito posterior es aquella en la que el feto se coloca con el dorso hacia el lateral o hacia la espalda de su madre. La encontramos entre el 10-34% de las presentaciones cefálicas, y de esas, un 5-8% persiste sin rotar espontáneamente hacia posición anterior, lamás favorable para el parto.

Generalmente, los partos con fetos en occipito-posterior suelen ser más largos, cursan con más dolor y cansancio materno, y se asocian con un aumento de daño perineal y de las tasas de instrumentación o cesárea, viéndose incrementada la morbilidad materna y fetal.

Intervenciones tan sencillas como los cambios de postura en el parto podrían influir en la rotación del feto hacia una posición más favorable al parto.

#### Objetivo:

Determinar qué posiciones favorecen el parto de gestantes con posición fetal en occipito-posterior.

#### MÉTODOS.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed y Cochrane, acotando la búsqueda a los artículos publicados en los últimos 12 años, en inglés o español, y con disponibilidad completa de texto. Las búsquedas con palabras clave y operadores boleanos fueron las siguientes: "Occipito-posterior AND parto", "occipito posterior position AND labour" y "occipito-posterior AND labour". Un total de 9 artículos fueron revisados.

#### RESULTADOS.

La posición fetal posterior se asocia con un mayor trauma físico y psicológico posparto. Para obtener mejores resultados posparto parece que la exploración con ultrasonido es la herramienta más útil para determinar la posición fetal.

Parece que hay posturas que pueden favorecer el giro de posterior a anterior, y reducir el dolor materno en estos partos. La postura de cuadrupedia (manos/rodillas), durante 10 minutos, dos veces al día, al final del embarazo, para conseguir la rotación de posterior a anterior, no puede recomendarse como intervención eficaz, sin embargo, si se ha asociado con un menor dolor lumbaren el momento del parto. Esta postura mantenida en el parto al menos 10 minutos, no reporta beneficio para rotar la cabeza fetal, pero sí para mejorar el confort materno, sobre todo en nulíparas que no llevan analgesia epidural. La postura en decúbito lateral asimétrica no ha demostrado eficacia para la rotación, sin embargo, parece que la flexión del cuerpo materno y la abducción de la cadera junto con el decúbito contralateral, muestran una alta efectividad. El decúbito lateral sobre el lado del dorso fetal parece ser recomendado en mujeres multíparas con epidural para mejorar el confort. Por otro lado, la posición de sims modificada en la madre, echada sobre el lado del dorso fetal es una intervención sencilla y eficiente para lograr el giro de posterior a anterior, disminuyendo así la ratio de cesáreas.

Toda la bibliografía consultada sostiene que es necesaria más investigación al respecto, a pesar de los indicios de que ciertas posturas pueden ser beneficiosas en este tipo de partos.

#### **CONCLUSIONES.**

Parece que un manejo activo del parto, considerandocambios de posición de la madre, ayudaría a la obtención de mejores resultados maternos y neonatales, en partos con fetos posicionados en occipito-posterior. Para ello, será adecuado valorar correctamente la posición por medio de exploración con ultrasonido. La postura con más beneficios para el alivio del dolor es la de cuadrupedia (manos/rodillas), aunque otras posturas como el decúbito lateral con la flexión materna y abducción de cadera o la posición sims modificada, pueden ser beneficiosas. A pesar de los hallazgos, más estudios son necesarios para evidenciar una recomendación fuerte de posturas en el parto de las gestantes con fetos en occipito-posterior.

PO13- EXPOSICIÓN AL MERCURIO DURANTE EL EMBARAZO Y SUS CONSECUENCIAS. LA MATRONA COMO AGENTE CLAVE EN MATERIA PREVENTIVA Y EDUCACIÓN SANITARIA.

Pérez Garcia N.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

Los objetivos del presente trabajo son:

- 1. Conocer la situación de la población española en cuanto a exposición a metales pesados, concretamente al mercurio.
- 2. Conocer las consecuencias de dicha exposición en periodo de gestación y sus repercusiones en población infantil
- 3. Exponer la situación española en cuanto a legislación internacional en materia de protección frente a la exposición a grandes cantidades de mercurio.
- 4. Destacar el papel de la matrona como agente clave en información y medidas preventivas en mujeres gestantes.

#### MÉTODOS.

Búsqueda y revisión bibliográfica en las principales bases de datos en materia de ciencias de la salud (Pubmed, Scielo, Chrochane), con una antigüedad de máximo 5 años y empleo de palabras clave: "mercurio y embarazo y matrona", "mercurio y embarazo y consecuencias", "mercurio, gestación", "metales pesados, embarazo, efectos" y sus variantes, tanto en inglés como en español.

#### RESULTADOS.

Se encontraron 180 artículos, tanto en materia sanitaria como legislativa, siguiendo las estrategias de búsqueda antes mencionadas.

#### CONCLUSIONES.

El embarazo e infancia constituyen unos de los periodos más vulnerables en cuanto a exposición a altas dosis de mercurio se refiere, tanto de fuente dietética como ambiental, con consecuencias, según los estudios identificados, a nivel cognitivo durante la infancia, tales como retraso en velocidad motora, lenguaje y atención.

Se encontraron, según la bibliografía consultada, una concentración de mercurio en sangre de cordón muy superior a las recomendaciones nacionales e internacionales.

Todo ello pone sobre la mesa la enorme importancia de la matrona como pieza clave en educación sanitaria preventiva a la población embarazada, de modo que se consiga una conciencia social sobre la problemática expuesta.

# PO15- EL MASAJE PERINEAL EN EL EMBARAZO COMO PREVENCIÓN DEL TRAUMA PERINEAL.

Menéndez Gómez G, Zamora Pérez MJ, Martínez Chico E, Pintor Campos AM, Gracia Portero A, Molina Ruano MD.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

El trauma perineal aparece en la mayoría de partos, ocasionando mayor morbilidad materna a corto y largo plazo. El masaje perineal en el embarazo puede reducir su aparición y el dolor tras el parto. La dispareunia aparece en el 60% de mujeres a los 3 meses del parto y en el 30% a los 6 meses. Aquellas con periné integro tienen mayor probabilidad de reanudar el coito antes, menos dolor en las relaciones y mayor satisfacción. Por ello, con el presente trabajo se pretende evaluar el efecto del masaje perineal anteparto en la incidencia de trauma perineal y morbilidad materna, así como determinar si éste disminuye el número de episiotomías.

#### MÉTODOS.

Se realizó una revisión de la evidencia científica disponible en las bases de datos Pubmed, Scielo, Lilacs, Cuiden Plus y Cinhal, empleando las palabras claves "parto", "episiotomía", "masaje perineal" y "perineo"; entre 2015 y 2019. Se obtuvieron 168 artículos, de los cuales formando parte de la presente revisión 3 revisiones sistemáticas, 2 casoscontroles y 2 ensayo clínico.

#### **RESULTADOS.**

La mayoría de estudios no evidencian una disminución del número de desgarros, pero sí de episiotomías en mujeres que practicaron el masaje perineal, comparadas con las que no lo realizaron durante el embarazo. Así mismo, el número de mujeres con periné integro fue mayor entre aquellas que realizaron el masaje. Además, en las nulíparas, éste redujo el dolor del periné a los 3 meses. Se concluyó que el masaje perineal aumenta la elasticidad de los músculos del periné, no su distensión permanente que se asociaría con incontinencia.

#### CONCLUSIONES.

El masaje perineal a partir de la semana 35 de gestación reduce el riesgo de traumatismo perineal, el cual se asocia al aumento de morbilidad a corto y largo plazo de la mujer. Así mismo disminuye el dolor a los 3 meses del parto. Además, no tiene efecto directo en la incontinencia urinaria. Por tanto, es una técnica barata, con grandes ventajas y pocos inconvenientes, justificando su realización durante el embarazo.

PO16- MANEJO DE LA SEGUNDA ETAPA DEL PARTO: PUJO DIRIGIDO FRENTE A PUJO ESPONTÁNEO CON ANALGESIA EPIDURAL.

Díaz Sánchez AI, Soler Motos E, Avilés Pastor MD, Díaz Nicolás ME, Campaña Santiago M, Espinosa Melenchón I.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

El objetivo general del estudio es conocer los beneficios del pujo espontáneo frente al pujo dirigido durante la segunda etapa del parto en gestantes con analgesia epidural.

Se han establecido como objetivos específicos describir el traumatismo perineal en aquellos partos con pujo dirigidos frente a pujo espontáneo; observar la adaptación del recién nacido al minuto y a los cinco minutos de vida.

#### MÉTODOS.

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en las bases de datos Medline (a través de PubMed), Scielo, Cuiden y Cochrane Library. Han sido seleccionados como descriptores: parto, pujos y período expulsivo (delivery, pushing, expulsive phase).

Se han utilizado los marcadores boleanos "AND" y "OR" para la búsqueda de los artículos mediante estrategias de búsqueda avanzada. Además se examinaron fuentes científicas de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) y guías de práctica clínica. Los artículos seleccionados han sido publicados entre los años 2008 y 2018. Tras la lectura crítica de los mismos se seleccionaron 11 artículos.

#### **RESULTADOS.**

Según la evidencia científica, el pujo dirigido aumenta la acidosis fetal y disminuye las puntuaciones Apgar en el recién nacido durante el primer y cinco minutos de vida. Los neonatos de gestantes que realizaron pujos espontáneos, muestran mayor ph en arteria y vena umbilical junto a mayores niveles de PO2.

A su vez, el pujo espontáneo se asocia con un menor número de intervenciones durante el expulsivo sumándose a ello una disminución del traumatismo perineal. En aquellas gestantes en las que se dirigió el pujo, se hace evidente una disminución del número de contracciones espontáneas durante esta fase. Si bien, el pujo espontáneo se relaciona con una prolongación de la segunda fase del parto no conllevando efectos adversos para el recién nacido,

pues el descenso pasivo de la cabeza fetal por el canal del parto está vinculado a un mayor número de partos eutócicos. A pesar del aumento del expulsivo, el tiempo de empuje activo es menor, consiguiendo de esta forma una menor fatiga por parte de la gestante y mayores niveles de satisfacción.

#### CONCLUSIONES.

Se demuestran beneficios del pujo espontáneo frente al dirigido durante la segunda etapa del parto. No obstante, aquellas situaciones que supongan un compromiso para el bienestar fetal o retraso en el descenso de la presentación fetal, serían una indicación para terminar el parto. Destacar el aumento de manera segura y efectiva de los partos eutócicos con la técnica de pujo espontáneo, disminuyendo la incidencia de partos instrumentados, compromiso de la integridad del suelo pélvico y transfusión de gases materno-fetal. Por tanto, si las condiciones materno-fetales son buenas y existe una adecuada progresión del parto no existiría indicación para intervención alguna.

#### P017- EFECTIVIDAD HIDROTERAPIA DURANTE ELTRABAJO DE PARTO.

Soler Motos E, Avilés Pastor MD, Díaz Nicolás ME, Campaña Santiago M, Díaz Sánchez AI, Espinosa Melenchon I.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

El objetivo general del estudio es evaluar la efectividad de la hidroterapia durante el trabajo de parto en gestantes a término.

Como objetivos específicos señalamos:

- Identificar las diferencias en la percepción del dolor y en la duración de las fases del parto entre las gestantes que utilizan hidroterapia y las que no la utilizan.
- Comparar el uso de la analgesia entre las gestantes que utilizan hidroterapia y las que no la utilizan.
- Analizar si existen diferencias en el tipo de parto entre las gestantes que utilizan hidroterapia y las que
  no la utilizan y describir si hay diferencias en el estado perineal posparto entre las mujeres que utilicen
  hidroterapia y las que no la utilizan.

#### MÉTODOS.

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en las bases de datos Medline , Scielo, Cuiden y Cochrane Library. Se han utilizado los marcadores boleanos "AND" y "OR" para la búsqueda de los artículos mediante estrategias de búsqueda avanzada. Las palabras clave utilizadas han sido escogidas según la terminología Mesh y Decs : "hidroterapia" "parto en agua". Además se examinaron fuentes científicas de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) y guías de práctica clínica. Los artículos seleccionados han sido publicados entre los años 2008 y 2018. Tras la lectura crítica de los mismos se escogieron 10 documetos de interés.

#### RESULTADOS.

Tras el estudio bibliográfico podemos resumir que la inmersión en el agua acorta la duración de la dilatación comparándolos con un parto vaginal tradicional fuera del agua, y también lo hace cuando se compara la dilatación sumergida en el agua con la dilatación de un parto vaginal tradicional con analgesia. Además en gestaciones de bajo riesgo a término, el uso de la inmersión en el agua disminuye la necesidad de analgesia epidural ya que disminuye la percepción del dolor. El aumento de elasticidad en el periné propiciado por el agua caliente hace que haya menor incidencia de desgarros y episiotomías.

No hay evidencia científica sobre el alumbramiento dentro del agua por lo que se recomienda extremar la vigilancia en el control de la pérdida hemática. El alumbramiento en el agua podría relacionarse con un mayor tiempo de expulsión de la placenta. No hay evidencia suficiente que avale el expulsivo bajo el agua.

#### CONCLUSIONES.

Como conclusión, parece demostrada la seguridad y eficacia de la hidroterapia en la fase de dilatación tanto para la madre como para el bebé. Sin embargo, todos los autores aconsejan realizar más estudios sobre la inmersión en el agua durante la fase de expulsivo, ya que los resultados no son concluyentes.

La demanda cada vez mayor, por parte de las gestantes, solicitando partos menos medicalizados; el deseo de los profesionales de mejorar su asistencia y la satisfacción de las mujeres; y por la evidencia científica sobre sus efectos en la disminución en la administración de analgesia, justifica la utilización de esta terapia como método alternativo para el alivio del dolor durante el trabajo de parto. Aunque conseguir un nacimiento en agua no es el objetivo final del uso de la hidroterapia durante el parto, es necesario continuar con investigaciones para ampliar el conocimiento sobre los efectos del uso de la hidroterapia durante el trabajo de parto en los parámetros obstétricos y maternos-fetales.

#### P018- EL FENÓMENO DE RAYNAUD Y LA LACTANCIA MATERNA.

Gracia Portero A, Pintor Campos AM, Martínez Chico E, Menéndez Gómez G, Zamora Pérez MJ, Ballesteros Meseguer C.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

El fenómeno de Raynaud es una patología provocada por la exposición al frío, produciendo vasoespasmo intermitente de arteriolas, que cursa con falta de oxígeno, y produce palidez, parestesias y dolor de la zona afectada. Este fenómeno también se puede presentar en una mujer que se encuentra lactando, y que refiere el amamantamiento como doloroso. Debido al desconocimiento de esta patología se puede llevar a un retraso de su diagnóstico. Como objetivo principal se plantea dar a conocer este fenómeno porque puede ser uno de los motivos evitables del abandono de la lactancia materna, y es una causa fácilmente tratable de amamantamiento doloroso, proporcionando una orientación, evaluación y tratamiento a las mujeres que lactan y que presentan un dolor persistente en el pezón y en la mama.

#### MÉTODOS.

Revisión bibliográfica de las publicaciones científicas sobre el fenómeno de Raynaud y lactancia materna, para lo cual se consultaron diferentes bases de datos: Dialnet, Enfisepo, Cuiden, CINHAL, Cocrhane Library, Medline. Utilizando como palalabras clave: lactancia, dolor, pezón, Raynaud. Los estudios seleccionados seguían los siguientes criterios: estudios que analicen los efectos que produce este fenómeno sobre la lactancia, así como el diagnóstico y tratamiento, que aporten datos empíricos sobre el estado de la cuestión y publicados entre 2009 y 2019.

#### RESULTADOS.

Se han revisado 20 artículos, de los cuales han sido seleccionado 12. El dolor y las molestias relacionadas con la lactancia son frecuentes al principio, pero después suele aminorar, aunque en 1 de cada 5 mujeres el dolor persiste y lo refieren intenso, y suele ir asociado a estrés psicológico. Por ello, es vital la evaluación integral de estas madres. El fenómeno de Raynaud se manifiesta con palidez o cambios a un color morado del pezón, acompañado de un dolor agudo, punzante. Los síntomas pueden ser unilaterales o bilaterales. Pueden referir dolor con temperaturas frías o cambios bruscos de temperatura. Es importante realizar un diagnóstico diferencial con infecciones bacterianas o por cándida, mala posición al amamantar o traumatismos, descartar patologías o intervenciones quirúrgicas asociadas, así como enfermedades reumáticas o endocrinas. Como medidas terapéuticas se debe evitar la exposición al frío, la nicotina (disminuye el flujo sanguíneo mamario hasta un 40%),

drogas vasoconstrictoras incluida la cafeína. Realizar ejercicios aeróbicos, y tomar suplementos de calcio, magnesio y vitamina B6, nifedipino (compatible con la lactancia) y amamantar en un lugar cálido, son algunas de las recomendaciones.

#### CONCLUSIONES.

La bibliografía sobre el dolor persistente del pezón limitada, el diagnóstico diferencial amplio, la ausencia de una valoración normalizada del dolor mamario ni de la repercusión que este tiene sobre el estado de ánimo de la madre, y la naturaleza individual de la relación del dolor con la lactancia, hacen que el esfuerzo por parte del profesional para realizar un buen diagnóstico sea mayor. Conociendo la sintomatología y las medidas preventivas y de tratamiento del fenómeno de Raynaud relacionado con la lactancia podremos disminuir el número de abandono de lactancia materna evitable así como el estrés psicológico de la madre. Como matronas, nuestra labor en atención primaria es fundamental para el diagnóstico diferencial, fundamentalmente con grietas o infección por cándida, ya que en éstas, el dolor se da sólo durante y tras la toma.

# PO19- ASPECTOS RELEVANTES EN LA MUJER GESTANTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.

Tudela Zamora L, Rodríguez Portilla N, Rodríguez Dólera A, Alacid Cutillas N, Treger Solano SV.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

Describir aquellos aspectos relevantes en la mujer gestante con insuficiencia renal crónica para su correcto manejo obstétrico.

#### MÉTODOS.

Revisión bibliográfica en 2019 de estudios publicados en los últimos 10 años en español e inglés que dieran respuesta al objetivo. Se seleccionaron 6 artículos tras aplicar los criterios de inclusión. Se consultaron diferentes bases de datos electrónicas como PubMed, Scielo y Lilacs. Los descriptores empleados fueron gestación, embarazo, insuficiencia renal crónica en español y pregnancy, renal insufficiency chronic en inglés.

#### RESULTADOS.

En estas mujeres, el riesgo de anemia se encuentra aumentado por su patología de base, por tanto, para alcanzar los niveles deseados de hemoglobina materna es necesario aumentar las dosis de eritropoyetina previas a la gestación, considerada como de uso seguro en el embarazo. Por otro lado, la fertilidad se encuentra disminuida a causa de la disfunción hipotalamo-hipofisaria, produciendo un estado de hiperprolactinemia ocasionando disfunción ovárica, ciclos anovulatorios, amenorrea, pérdida de peso y en muchos casos depresión. En cuanto a la detección de la gestación, los test de embarazo en orina no son útiles, puesto que la eliminación renal de la hormona gonadotropina coriónica producida por las células somáticas se encuentra reducida. En estos casos optaremos por la ecografía para valorar la edad gestacional. Además, entre otras complicaciones maternas encontramos desprendimiento placentario, ruptura prematura de membranas, parto pretérmino, preeclampisa, necesidad de practicar una cesárea y polihidramnios.

#### CONCLUSIONES.

Debido al aumento de la morbimortalidad materno-fetal en la mujer gestante con enfermedad renal crónica, es interesante como matronas tener en cuenta aquellos aspectos relevantes de su patología de base para su correcto manejo obstétrico y abordaje multidisciplinar. Entre las medidas a adoptar se encuentran el control de la tensión arterial, llevar a cabo una monitorización fetal adecuada, favorecer una dieta equilibrada y apoyar a la mujer.

# PO20- LA DANZA ORIENTAL COMO RECURSO EN LOS CURSO DE PREPARACIÓN A LA MATERNIDAD.

Caballero Almagro AL, Serrano Rojas PP.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

- Realizar movimientos específicos de la pelvis que de otra forma son difíciles de explicar.
- Promover un ambiente lúdico a la dinámica de las sesiones de EM.
- Eliminar complejos relacionados con el canon de mujer embarazada poco esbelta o ágil.
- Aumentar la cohesión grupal.
- Potenciar las capacidades de empoderamiento y actitud positiva en las mujeres.
- Eliminar bloqueos y molestias osteomusculares en la cadera.
- Enseñar movimientos que ayuden en la primera fase de la dilatación.

#### MÉTODOS.

- Dentro de las sesiones de Educación Maternal, se ensayaron diversas coreografías de baile oriental, comúnmente llamado Danza del Vientre.
- Previamente la matrona había recibido clases para conocer los movimientos más habituales de piernas, cadera y brazos, y cuáles necesitaban alguna modificación leve para que todas las embarazadas pudieran realizarlos.
- Las gestantes tuvieron que comprar algunos materiales, como un pañuelo con "monedas" metálicas para producir el sonido típico que se forma al entrechocarse, y que sirve como aliciente para conseguir el ritmo.
- Se usaron grabaciones de audio de diferentes autores que ofrecían una velocidad adecuada para ser seguidas por personas no habituadas anteriormente a este baile.

#### RESULTADOS.

- Las mujeres manifestaron al término de la actividad las siguientes afirmaciones:
- Bienestar por haber realizado una actividad distinta de lo esperado y que les sorprendió.
- Gran mejora del estado de ánimo al verse realizar una actividad grupal de tinte divertida.
- Reconocimiento en algunos casos de haber superado ciertas sensaciones de vergüenza.
- Satisfacción al saber aprendidos movimientos que podrían serles útil en la fase de pródromos y dilatación que le ayuden a aumentar la confianza en sí y la posibilidad de parto vaginal.

#### **CONCLUSIONES.**

- La danza oriental puede suponer una alternativa más a incluir en los cursos a futuras madres de preparación a la maternidad.
- Es un método económico, inclusivo, de buena aceptación y que siempre tiene beneficios en el estado de ánimo individual y grupal.
- Es posible que interiorizar la movilidad de la pelvis pueda servir a algunas mujeres a realizar ciertos movimientos para superar el dolor en la primera fase de la dilatación.
- Favorece valores personales como la feminidad y la superación.
- Entre sus inconvenientes necesita una motivación extra y una formación específica por parte de la matrona.
- Finalmente, sería interesante realizar estudios para contrastar el tipo de finalización de parto con la práctica regular de danza oriental.

#### P021- BENEFICIOS DEL USO DEL PORTEO ERGONÓMICO: ACTUALIZACIÓN.

Cano Mateo JA, Alacid Cutillas N, Arques Abellán M, Cabañas Lorente A, Treger Solano SV, Suárez Cortés M.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

- 1. Describir los beneficios del porteo tanto para los lactantes como para los porteadores.
- 2. Describir los posibles efectos negativos del porteo para los lactantes.

#### MÉTODOS.

Revisión bibliográfica a través de una búsqueda en diferentes bases de datos, siendo estas PubMed, The Cochrane Library, Dialnet. No se encontraron descriptores válidos en MeSH y DeCS, por lo que se utilizaron como palabras clave "porteo" en español y sus traducciones al inglés "babywearing" y "babycarrying", realizando a su vez una búsqueda inversa en los artículos obtenidos. Para ello, se aplicaron los siguientes criterios de inclusión: edad 0-12 meses, recién nacidos a término y pretérmino. Como filtros de búsqueda seleccionamos: artículos publicados en los últimos 5 años, idiomas inglés y español. Al mismo tiempo se consultaron fuentes científicas y documentación de interés (de ámbito nacional e internacional) de la OMS, la Asociación Española de Pediatría (AEP), la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), el Ministerio de Sanidad y Consumo, además de algunas publicaciones y guías relacionadas con el tema, referenciadas en la bibliografía.

#### RESULTADOS.

Se obtuvieron un total de 38 documentos. En una primera selección, se leyeron los títulos y resúmenes y se eliminaron los repetidos, obteniéndose 12 artículos relacionados con nuestro tema de estudio. Finalmente, tras una valoración crítica empleando la herramienta CASPe de los textos completos de dichos estudios y excluyendo aquellos que no trataban específicamente los objetivos planteados en este trabajo, se incluyeron un total de 8, los más recientes, con el fin de recoger los datos más actualizados y novedosos.

Los resultados se agruparon en cuatro grandes apartados: beneficios del porteo para el niño, beneficios del porteo para el porteador, muerte súbita relacionada con el uso del porteo y efectos musculoesqueléticos del porteo tanto para los lactantes como para los porteadores.

De los 8 artículos incluidos, la mayoría de ellos describen los beneficios del uso de porteo tanto para la madre como para el recién nacido. En el bebé destaca un mejor desarrollo neurocognitivo, afectivo-social, físico y psicomotriz, además de favorecer la lactancia materna.

Igualmente aporta beneficios para los porteadores como favorecer el vínculo afectivo, y disminuir la prevalencia de depresión postparto.

Dos artículos de los incluidos estaban relacionados con la muerte súbita ocasionada en lactantes porteados. La muerte súbita se relacionó con una mala técnica en el uso del porteo, debido a sofocación (63.6%), neumonía (18,1%), aspiración (9.1%) y anormalidades cardíacas (9.1%).

En los dos artículos que analizan los efectos musculoesqueléticos del porteo, no se encontraron alteraciones en la exploración de las caderas de los lactantes con la técnica correcta de porteo. Además, se reflejó una menor incidencia de lesiones de articulación de rodilla y de cadera en padres que realizaban porteo ergonómico frente al transporte convencional en brazos.

#### CONCLUSIONES.

- Aunque la investigación sobre el uso del porteo es limitada, los datos establecidos indican que el porteo es seguro y beneficioso si se emplea una técnica correcta, tanto para los lactantes como para los porteadores.
- La sensibilización sobre los beneficios del porteo es importante. Los profesionales sanitarios, en especial las matronas y enfermeras pediátricas, son esenciales en la educación sobre este y en fomentar su empleo.
- El porteo es un área que ofrece numerosas oportunidades de investigación.

# P022- OBSERVACIÓN Y COMUNICACIÓN EFECTIVA PARA INTERACTUAR CON LA MUJER VÍCTIMA DE VIOLENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Contreras Gil J, Alcazar Contreras N, Alcazar Contrera LR, Contreras Gil F, Contreras Gil MT.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

- Identificar tras la observación y la relación una situación de violencia.
- Establecer habilidades para la comunicación con la mujer víctima de maltrato.
- Analizar los indicadores y los efectos que produce una situación de violencia prolongada.
- Establecer las medidas y los recursos de protección, prevención y asistencia.

#### MÉTODOS.

Revisión sistemática de documentos publicados sobre violencia doméstica y de género por sociedades científicas dedicadas a la protección integral, prevención y erradicación del maltrato. También se han consultado revisiones sistemáticas y estudios científicos sobre este tema, así como las leyes que están en vigor y establecen medidas para todo acto de violencia.

#### RESULTADOS.

Las matronas que utilizan la comunicación activa, la observación y una relación de confianza con las víctimas de violencia, están por encima de las técnicas que se están utilizando hasta ahora en estos casos. Demostrada su efectividad como instrumentos que facilitan la interacción y la tranquilidad para exteriorizar el silencio y el secreto que rodea estas malas experiencias en mujeres maltratadas.

#### CONCLUSIONES.

La escucha activa y la observación son herramientas ineludibles de las matronas en todos los aspectos de su quehacer diario. Comunicar y transmitir actitudes afectivas y emocionales a las mujeres víctimas de violencia les ayuda a expresar sus sentimientos, miedos y la vulnerabilidad por la que están pasando.

#### P023- REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: RIESGOS DEL EMPLEO DE LA MANIOBRA KRISTELLER.

Moreno Vázquez S, Ruiz García C, Sánchez Molina I, Baidez Guerrero I, Díaz Lorente MI, Sevilla Hernández MG.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

Conocer los riesgos que implican la realización de la maniobra de Kristeller en el período de expulsivo.

#### MÉTODOS.

Se realiza una revisión bibliográfica, tras la búsqueda de literatura científica en las bases de datos Pubmed, Scielo y Cuiden. Se han empleando en ellas las palabras clave: maniobra Kristeller, presión uterina y salud maternal. Se usaron los descriptores violencia contra la mujer, útero y parto obstétrico incluidos en el Decs. Los criterios de selección empleados son: idioma español e inglés, realizados en los últimos 10 años y abiertos a texto completo. Tras la lectura crítica de los artículos se seleccionaron 7, un informe de campaña y la guía de práctica clínica.

#### RESULTADOS.

De los 7 artículos seleccionados, 5 se centran en las consecuencias físicas para la madre, 1 artículo contempla las emocionales y otro contempla ambas. Para Evelyn C Verheijen et al. la laceración del canal de parto sería el efecto adverso materno más frecuente, seguida de la cervical. Por su parte, Matsuo et al. encontraron una tasa mayor de episiotomías tras el uso de dicha maniobra en comparación con el grupo control(el 76,9 frente al 44,9%), así como de desgarro perineal severo (el 28,1 frente al 3,7%). Así mismo, encontraron una mayor tasa de desgarro anal. En la misma línea, encontramos dos artículos evidenciándose en ambos la prevalencia aumentada de daño en el músculo elevador del ano. Por otra parte, Redondo Aguilar et al. señalan la rotura uterina como posible efecto secundario del empleo de dicha maniobra.

Naysha B. et al. incluyeron en su estudio las repercusiones emocionales de dicha práctica. Respecto a las físicas, un 32,8 % de la muestra, reportó haber sufrido desgarro vaginal. Respecto a las afectivas un 77,6 % refirió no haber sido informadas de los riesgos y beneficios de la técnica y un 51,7 % manifestó que no se solicitó su autorización. Además, el 20,7 % refirió haber solicitado que detuvieran la maniobra, de ellas 58,3 % señaló que, a pesar de su petición, el personal continuó realizándose. En la misma línea, el informe de la campaña stop Kristeller, recoge la entrevista de 373 mujeres a las que les fue realizada dicha maniobra, de las cuales un 59,4% refirió alguna secuela física, destacando desgarros de 20 y 3er grado en el 40,31% de los casos y dolor costal o hematomas costales en el 14,8% y 12,24% respectivamente. Respecto a las consecuencias emocionales, un 63,5% de las entrevistadas calificó

la experiencia como traumática; afirmación a la que se suma el estudio de Sônia Lansky et al. en el que 21.7% de las mujeres consideran la realización de la maniobra Kristeller como una forma de violencia obstétrica.

La guía de práctica clínica sobre atención al parto normal, con un grado de recomendación A afirma que no se recomienda el uso de la maniobra Kristeller al no encontrar reducción de la tasa de partos instrumentados ni acortar el período de expulsivo. Por su parte, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) limita el empleo de dicha maniobra a la ayuda en la expulsión de cabeza con feto coronado.

#### CONCLUSIONES.

No existen evidencias suficientes acerca de sus beneficios e inclusive se atribuyen consecuencias físicas a la madre y al neonato, por lo que se debería limitar el empleo de dicha maniobra a las recomendaciones de la SEGO y en cualquier caso siempre debería ser realizada por un profesional específicamente formado.

# PO24- INICIACION AL REBOZO EN ATENCIÓN PRIMARIA: HERRAMIENTA PARA MEJORAR EL CONFORT Y BIENESTAR.

Hernández Meroño M, Fernández González B.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

El rebozo es una pieza de tela generalmente de algodón con mÚltiples usos en la cultura mexicana. Ha sido ampliamente utilizado en la partería tradicional en el embarazo, parto y postparto como herramienta para alivio del dolor, corregir malposiciones y propocionar confort. En los últimos años, su uso se ha ido extendiendo y cada vez es más popular entre matronas y acompañantes al embarazo y nacimiento.

El objetivo del estudio es evaluar la aceptabilidad y satisfacción de gestantes y acompañantes de un taller sobre la utilización del "rebozo" durante la formación preparto.

#### MÉTODOS.

Estudio descriptivo sobre la satisfacción de un taller de iniciación al "rebozo" impartido en atención primaria enmarcado dentro de la formación preparto. Dirigido a embarazadas a partir de 28 semanas y sus acompañantes. El objetivo del taller fue la introducción a la utilización del "rebozo" como técnica de alivio dolor, confort y relajación durante embarazo, parto y postparto. El contenido del taller se dividió en 3 partes: 1)Breve introducción al uso del rebozo en la cultura mexicana, 2) Descripción teórica de las diferentes posturas y técnicas que pueden ser utilizadas de forma segura para proporcionar relajación y confort durante el embarazo, parto y postparto, 3) Realización práctica de las diferentes técnicas en pareja. La práctica se realizó con pañuelos o fulares que trajeron las participantes y/o docente a la sesión.

Tras la finalización del taller se distribuyó un cuestionario semi-cuantitativo elaborado ad-hoc con 10 preguntas para la evaluación de la estructura, proceso y resultado. Las preguntas específicas para la evaluación del contenido fueron: 1) ¿Te has sentido cómoda/o durante la realización del taller? Nada, Poco, Bastante, Mucho 2) ¿Consideras que te puede ser útil esta técnica? Nada, Poco, Bastante, Mucho; 3)¿Qué dificultades crees que puedes tener para su puesta en práctica?; 4) ¿Recomendarías este taller? si/no. Se realizaron 3 ediciones de Abril-Junio de 2019.

#### RESULTADOS.

La asistencia a los talleres fue de un total de 29 embarazadas y 15 acompañantes. Contestaron un total de 41 personas al cuestionario. El intervalo de edad de los participantes fue de 27-44 años. Con edad gestacional de 27-

35 semanas. El 88% de los participantes respondieron que se habían sentido muy cómodos durante su realización. El 82% consideró la técnica del rebozo muy útil. Entre las dificultades para su puesta en práctica destacaron la falta de tiempo, la necesidad de realización de más sesiones para mejorar la práctica y resolución de dudas y en 2 ocasiones se señaló la falta de pareja como dificultad.

El 100% lo recomendaría.

#### **CONCLUSIONES.**

El rebozo es una técnica sencilla y segura que puede incorporarse en la oferta formativa de las matronas de atención primaria como una estrategia más para el alivio del dolor no farmacológica, que proporciona confort y seguridad. Su uso es ampliamente aceptado por las embarazadas y sus acompañantes y supone una oportunidad para mejorar la atención, proporcionar herramientas que además puedan tener un impacto positivo en la autoestima y confianza de embarazadas y parejas.

## P025- PASO A PASO TRAS EL NACIMIENTO.

Ruiz Hernández M, Martínez Pascual B.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

El programa Integral de Atención a la Mujer de la Región de Murcia, comprende todos los aspectos de atención a la embarazada, desde la visita preconcepcional hasta el postparto y es en este último periodo en el que queremos centrarnos.

Desde el punto de vista médico, las revisiones de la madre y el recién nacido al alta están contempladas en los programas PIAM y PANA, y es importante que la información la tengan antes del nacimiento de su hijo para asegurarnos el adecuado cumplimiento de las mismas.

Igualmente, el nacimiento de un hijo comporta una serie de trámites administrativos que, tanto la embarazada como su pareja, deberían conocer antes del mismo.

Con todo esto, nuestro objetivo principal es proporcionar a las futuras madres y su entorno información detallada de la legislación, trámites y revisiones tras el nacimiento de su hijo.

#### MÉTODOS.

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en diversas fuentes tales como Ministerio de Sanidad, Ministerio de trabajo, INNS, O.M.S, SEGO y el programa de atención integral a la mujer de la Región de Murcia.

- -INSCRIPCIÓN DE NACIMIENTO
- -AFILIACIÓN DEL RECIÉN NACIDO A LA SEGURIDAD SOCIAL (INSS)
- -PERMISO DE MATERNIDAD (INSS)
- PERMISO DE PATERNIDAD (INSS)
- -INCLUSIÓN EN CENTRO DE SALUD AL RECIÉN NACIDO
- VISITAS PUERPERALES

#### RESULTADOS.

Los hospitales de la Región de Murcia, dentro del plan de modernización del Ministerio de Justicia orientado a simplificar la vida al ciudadano, cuentan con el sistema informático de Registro Civil desde el hospital, para permitir agilizar y mejorar la asistencia que prestamos a las mujeres y a sus hijos.

La matrona es el profesional más adecuado para promover la salud de las puérperas y de sus hijos, así como, por proximidad a la gestante, la mejor asesora en el correcto cumplimiento de todas las revisiones y trámites que las familias tienen tras el alta hospitalaria por nacimiento de un hijo.

#### CONCLUSIONES.

El periodo postnatal es de gran importancia para consolidar roles madre/padre/recién nacido y, ante cualquier demanda burocrática, el contacto físico y/o la interacción familiar se pueden ver alterados.

Por esto, consideramos, la importancia de ofrecer una información sencilla y detallada a las familias de todos los pasos tanto administrativos como médicos que deben cumplir tras el nacimiento de un hijo.

P026- TÉCNICAS DE PROTECCIÓN DEL PERINÉ PARA LA PREVENCIÓN DE LESIONES OBSTÉTRICAS Y FACTORES RELACIONADOS.

Cabañas Lorente A, Castaño Molina MA, Arques Abellán M, Azorín Muñoz P.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

- Recopilar las técnicas que son eficaces en la protección del periné en el periodo perinatal.
- Describir las técnicas que son eficaces en la protección del periné durante el expulsivo y los posibles factores relacionados en las lesiones perineales.

### MÉTODOS.

Revisión bibliográfica en las bases de datos: Pubmed, Cuiden, Up To Date y librería Cochrane. Primero se seleccionaron las palabras clave: perineo, desgarro perineal, prevención, episiotomía y parto, según los tesauros del DeCS. Tras ello en la herramienta Hon Select se buscaron sinónimos en inglés según los descriptores. Con estos sinónimos se realizó una búsqueda entre sinónimos con operadores boleanos. Primero se combinaron los sinónimos con el operador "OR". Tras obtener los resultados individuales se combinaron entre ellos mediante el historial de búsqueda utilizando el operador boleano "AND" restringiendo los resultados de búsqueda. Al final se seleccionaron 17 artículos originales y 3 revisiones sistemáticas.

También se buscó información en la guía de práctica clínica del ministerio de sanidad sobre la atención al parto normal.

## **RESULTADOS.**

Se recomienda la técnica de deflexión controlada de la cabeza fetal pidiendo a la mujer que no empuje. El masaje perineal durante la segunda etapa del parto no está recomendado, sin embargo sí se recomienda su utilización durante el embarazo, pues disminuye el número de episiotomías y desgarros severos de tercer y cuarto grado. La aplicación de compresas calientes previene de desgarros de tercer y cuarto grado; también reduce el dolor durante el parto y los tres días postparto, aunque se relacionó con un mayor sangrado y no disminuye la probabilidad de sutura.

Se encontraron factores relacionados que aumentaban el riesgo de trauma perineal: cada 1cm de aumento del perímetro cefálico, por cada hora en periodo activo de parto, por cada año más de edad de la madre y por

presentación anómala. También se encontró que la episiotomía no sólo no reducía la severidad de trauma sino que su relación era mayor, al igual que ocurre en los partos instrumentados.

## **CONCLUSIONES.**

Aunque se sugieren ciertas prácticas de protección activa del periné, la evidencia disponible sigue siendo controvertida, pues los estudios consideraron diversos factores del parto y diversas técnicas de protección pero con variables diferentes entre estudios a pesar de una misma técnica.

Sería conveniente para futuros estudios considerar muestras más homogéneas a nivel obstétrico y socio demográfico, así como en las técnicas aplicadas para poder observar de forma objetiva la repercusión de los factores externos e internos así como la eficacia de las técnicas aplicadas.

No obstante la Guía de Práctica clínica de atención al parto normal tenemos unas recomendaciones que hasta la fecha están respaldadas y podemos aplicar hasta tener más información al respecto.

# PO27- DÉFICIT VITAMINA B12 DURANTE LA GESTACIÓN: FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN.

López Martínez EM, Mas González N, Domínguez Gómez V, De la Fuente Marañon C, López Moreno C, Felip Sánchez L.

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

- Conocer los grupos de riesgo de déficit de vitamina B12 en el embarazo
- Describir las consecuencias del déficit de vitamina B12 durante la gestación.
- Conocer las medidas preventivas más eficientes.

#### MÉTODOS.

Revisión de la literatura a través de la búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Pubmed, Scielo, Cuiden y Biblioteca Cochrane.

Los criterios de inclusión en la selección de artículos:

- -Publicados en los últimos diez años
- -Palabras clave: vitamina B12, gestación.

## RESULTADOS.

El embarazo supone una situación de riesgo de déficit de Vitamina B12 debido al aumento de las necesidades de vitaminas de hasta casi un 50%. Existen además determinadas situaciones especiales que recrudecen aún más ese riesgo:

- Dietas vegetarianas y veganas:
- -Desnutrición.
- -Anemia perniciosa
- -Gastritis atrófica
- -Enfermedades del íleon terminal
- -Insuficiencia pancreática
- -Resección ileal o gástrica
- -Enfermedad celíaca
- -Enfermedad de Crohn.

Los efectos adversos que puede producir este déficit en el recién nacido serían anemia megaloblástica, afectación psicomotora (debilidad muscular, hipotonía, distrofia, letargo, pérdida de reflejos osteotendinosos), afectación neurológica, trastornos de la mielinización fetal, espina bífida y abortos precoces de repetición.

Como primer escalón de la prevención de este déficit se encuentra una dieta bien equilibrada que contenga productos de origen animal que es donde se encuentra la vitamina B12. Dentro del mundo vegetal podemos encontrarla en las algas, por lo que las gestantes vegetarianas y veganas deberán aumentar su consumo y la ingesta de arroz integral que favorece su absorción. Aun así la mayoría de estudios demuestran que las dietas veganas son deficitarias en esta vitamina. Incluso en embarazadas que ingieren una dieta bien equilibrada puede no cubrir las cantidades suficientes. Es por ello que también se considera importante la administración de un preparado múltiple que la incluya, especialmente en los casos y patologías antes descritas en la que existe un mayor riesgo. La cantidad de suplementación recomendada es de 2.5 mg/día de vitamina B12.

#### CONCLUSIONES.

La vitamina B12 o cianocobalamina actúa como coenzima esencial en la replicación celular y en el mantenimiento de la vaina de mielina del sistema nervioso. Durante la gestación facilita la captación del ácido fólico, pero además ejerce un efecto protector e independiente del mismo en la prevención de defectos del tubo neural. Debido a las múltiples e importantes posibles consecuencias de su déficit es necesario que la matrona, como profesional responsable del seguimiento del embarazo en Atención Primaria, sepa garantizar el correcto aporte de esta vitamina en todas las gestantes, así como prever las posibles situaciones que comporten un mayor riesgo de déficit para poder prevenir su aparición, consiguiendo que tanto la gestante como el bebé lleguen en condiciones nutricionales óptimas al momento del nacimiento.

## P028- EDUCACIÓN MATERNAL Y SATISFACCIÓN DE LA MUJER: ROL DE LA MATRONA.

Viesca Capilla V, Losa Martínez I, Bonus Pomares R, Montarroso Padilla MM.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

Analizar los factores que contribuyen al aumento de la satisfacción de las mujeres y sus acompañantes, con el fin de incrementar la calidad de los servicios proporcionados.

#### MÉTODOS.

Revisión bibliográfica mediante consulta de bases de datos nacionales e internacionales; Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, Medline, IBECS y LILACS, Scielo. Descriptores en español (satisfacción, matrona, embarazo, educación maternal) y en inglés (Satisfaction, midwife, pregnancy, antenatal education). Periodo de consulta 2009-2019.

#### RESULTADOS.

El Programa de Educación Maternal constituye una herramienta indispensable hacia el empoderamiento de la mujer, debido a que pone a su disposición la información y las habilidades necesarias para su participación activa e interactuación con los profesionales, el entorno sanitario y su propia evolución de cuidado. Por esta razón, las matronas del área de Atención Primaria, siguiendo las recomendaciones de las diferentes Guías de Práctica Clínica del SNS, aumentan con su asesoramiento la vivencia positiva global de este proceso.

La institucionalización del proceso de parto aísla a la mujer de su entorno familiar y cotidiano influyendo, de forma decisiva, en su percepción de control de la situación. Un modelo de atención personalizado y la familiarización con el entorno de forma previa, contribuyen al aumento del confort y la confianza de las parejas en el entorno sanitario. En consecuencia, las matronas de atención primaria y especializada de nuestros departamentos, ofrecen la visita a paritorio como primera toma de contacto con el hospital, además de resolver todas aquellas dudas que pueden surgir relacionadas con la atención profesional y recursos disponibles.

Por último, conocer la satisfacción de las mujeres constituye un excelente indicador de resultado en calidad asistencial, que favorece la adecuación de las expectativas de las gestantes con la percepción final del servicio sanitario recibido. Por ello, se está confeccionando una encuesta de satisfacción en nuestros hospitales, como forma de valoración de las opiniones de las madres para la optimización de la actuación obstétrica.

## **CONCLUSIONES.**

Los profesionales sanitarios debemos potenciar la comunicación de las preferencias de las gestantes para comprender sus valores personales, así como sus necesidades e inquietudes en relación al proceso de maternidad y crianza. Las matronas, por su implicación y cercanía con las mujeres, deben otorgar los recursos necesarios para facilitar la adaptación en esta etapa vital e identificar las áreas de mejora en la atención clínica, planteadas desde una realidad en continuo proceso de cambio.

# P029- ACTUALIZACIÓN ANATOMOFISIOLÓGICA DEL SUELO PÉLVICO A TRAVÉS DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA.

Suárez Cortés M, Martínez Pulido L.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

Conocer la contribución de la resonancia magnética al estudio de los músculos del suelo pélvico y como se han producido actualizaciones en relación a la nomenclatura y clasificación del suelo pélvico femenino.

#### MÉTODOS.

Revisión bibliográfica en diferentes fuentes de datos, pubmed, medline, cuiden, Teseo, usando los descriptores en ciencias de la salud: diafragma pélvico, resonancia magnética. Y las palabras clave: suelo pélvico, periné y elevador del ano. Como booleanos se usaron "and" y "or", la búsqueda se realizó sin límite de fecha de publicación.

Del total de documentos encontrados, se seleccionaron siete; cinco artículos científicos, una tesis doctoral, y un libro.

#### RESULTADOS.

La clasificación del suelo pélvico ha tenido ligeras modificaciones. La anatomía clásicamente se ha estudiado a través de cadáveres, pero con la introducción de la resonancia magnética a finales del siglo XX, principios del XXI, se han realizado diversos estudios de la musculatura en sujetos vivos. Pudiéndose constatar que la anatomía y morfología no es la misma que portmorten.

El suelo pélvico actualmente está compuesto por: el diafragma pélvico que incluiría al elevador del ano y al músculo coccígeo, la fascia endopélvica, y la membrana perineal, clásicamente denominada diafragma urogenital.

El elevador del ano clásicamente se ha descrito como compuesto por 3 músculos, pubococcígeo, iliococcígeo y puborectal. En la nomenclatura más actualizada encontramos que el pubococcígeo se denomina pubovisceral y está a su vez formado por 3 haces, pubovaginal, puboperineal y puboanal.

Así mismo, el elevador del ano se ha podido apreciar, que no tiene forma de hamaca como se ha descrito clásicamente, si no que tiene forma de doble cúpula, similar a las cúpulas del diafragma torácico, y es esta forma la que le permite compensar las diferencias de presiones intraabdominales. Además esta doble cúpula no tiene la

misma altura en un lado que en otro, encontrándose en las mujeres nulíparas en un 90% más alta la izquierda, y es esta asimetría la que favorece a la rotación interna del feto en el canal del parto.

## **CONCLUSIONES.**

La resonancia magnética ha contribuido a esclarecer la anatomo-morfología del suelo pélvico.

Es necesaria una actualización de las fuentes bibliográficas a la clasificación y nomenclatura actual, así como de los profesionales sanitarios.

P030- EFECTO DEL EJERCICIO FÍSICO DURANTE LA GESTACIÓN EN LA PERCEPCIÓN DE DOLOR DURANTE EL PARTO.

Alacid Cutillas N, Rodríguez Dólera A, Tudela Zamora L, Treger Solano SV, Del Cerro Hidalgo EM.

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

La práctica regular de ejercicio físico durante la gestación origina numerosas ventajas sobre la salud materna. Se recomiendan mínimo 150 minutos semanales de ejercicio, aunque no están bien determinados sus efectos sobre el dolor durante la dilatación y el parto. Por ello, el objetivo es detallar los efectos del ejercicio físico durante la gestación sobre el dolor durante el proceso de parto.

#### MÉTODOS.

Se realizó una revisión bibliográfica de artículos científicos publicados, en los últimos cinco años, en las bases de datos PubMed, Web of Science y Cochrane Library. Para la búsqueda científica se utilizaron las palabras clave "exercise", "physical activity", "pregnancy" y "labor pain" consultadas al DECs con el operador booleano AND. Se seleccionaron aquellos artículos que cumplían los criterios de inclusión (publicados en los últimos cinco años e idiomas inglés y español) y obtuvieron una puntuación mayor a 7 en la valoración CASPe.

### **RESULTADOS.**

Tras la eliminación de duplicados y la lectura completa de los artículos, se han incluido 6 estudios que analizan cómo influye la actividad física en la sensación de dolor percibida, valorándose todos ellos durante el proceso de dilatación. En los distintos estudios se empleó la escala EVA para valorar el dolor, puntuando con valores que van de 0 a 10, así como la escala PPIS que puntúa de 0 a 4, correspondiendo en ambas a mayor puntuación mayor dolor.

Analizando los resultados obtenidos cuando el tipo de ejercicio practicado fue el yoga, se observa como los participantes del grupo control mostraron una intensidad de dolor mayor en comparación con el grupo intervención, a los 3-4 cm de dilatación con valores de p<0,0001 y p=0,01. Disminución del dolor que también se observó en las dos y cuatro horas posteriores a la primera evaluación del dolor realizada a los 3-4 cm de dilatación (p=0).

Con respecto al dolor entre los 7-8 cm de dilatación, medido en un estudio que incluía mujeres primigestas de entre 35-40 años, se observó una diferencia significativa en el dolor, siendo menor en aquellas que habían realizado ejercicio prenatal (p=0.000).

En los estudios incluidos también se ha determinado que además de una menor sensación de dolor, las mujeres que habían sido físicamente activas durante la gestación reducían la solicitud de analgesia entre un 25-45%. Así como que las participantes que realizaban ejercicio tienen 2 veces más confort alto que las no activas físicamente.

Por tanto, se observa que la práctica deportiva regular de forma antenatal origina efectos beneficiosos sobre la percepción de dolor durante el proceso de parto, mejorando la sensación dolorosa de las madres.

#### CONCLUSIONES.

En conclusión, el ejercicio físico contribuye a la disminución significativa del dolor durante el parto, siendo su causa la liberación de endorfinas producida durante la práctica de actividad física, neurotransmisor que no producen las personas sedentarias, por lo que sufren mayor dolor. Por ello, con el fin de disminuir el dolor durante el parto, resulta conveniente la promoción del ejercicio físico durante la gestación.

# P031- ÓXIDO NITROSO COMO MÉTODO DE ALIVIO DEL DOLOR DURANTE EL TRABAJO ACTIVO DE PARTO.

Mas González N, López Martínez EM.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

- Abordar y conocer las ventajas y los inconvenientes de la utilización de óxido nitroso para aliviar el dolor en el periodo activo de parto.
- Dar a conocer a los profesionales este método de alivio del dolor, así como promover su uso en los hospitales en los que de el se disponga.

### MÉTODOS.

Se realizó una revisión de la bibliografía disponible mediante las principales bases de datos (PubMed, CINAHL, CUIDEN, Cochrne Plus), usando como palabras clave: Inhaled analgesia, labour, childbirth, pain, nitrous oxide. En las cadenas de búsqueda empleadas se combinaron las palabras clave con los conectores booleanos AND y OR según conveniencia.

#### RESULTADOS.

Según la evidencia disponible, el uso de óxido nitroso como método para el alivio del dolor en el trabajo de parto resulta más efectivo y tiene un menor riesgo de acabar en un parto instrumentado que otros tipos de analgesia como, por ejemplo, la analgesia epidural.

Ciertas características, como su efecto analgésico y sedativo, la ausencia de su metabolización en el organismo y sus mínimos efectos colaterales hacen de el un método muy seguro.

El óxido nitroso siempre se usa en forma gaseosa y debe administrarse por inhalación. En la mujer embarazada, la concentración administrada es del 50% mezclada con oxígeno, a través de una mascarilla o boquilla. Su acción es rápida, su duración es corta y no influye en la frecuencia de las contracciones uterinas. Se puede administrar de forma continua o intermitente, únicamente durante las contracciones. La administración intermitente disminuye el riesgo de sobredosificación, pero a costa de un retraso en el inicio de la acción. La inhalación debe empezar antes de que comience la contracción y entre contracciones, la mascarilla de inhalación debe ser retirada y se debe respirar normalmente. Se deberá monitorizar la saturación de oxígeno de la gestante.

Entre sus ventajas destacan la reducción del miedo y la ansiedad durante el trabajo de parto, la posibilidad de controlar los movimientos corporales, el aumento del umbral del dolor, su rápido efecto, la ausencia de complicaciones en el puerperio inmediato y la ausencia de alteraciones por acumulación en órganos.

Por otro lado, como inconvenientes encontramos algunos posibles efectos secundarios, como mareos, náuseas, somnolencia y alteración del recuerdo.

#### **CONCLUSIONES.**

El dolor en el proceso del parto constituye una de las preocupaciones mas frecuentes en las gestantes. Es por ello que las matronas deben conocer la gran variedad de métodos para aliviar este dolor, así como la evidencia científica más actualizada que avala el uso de dichos métodos. Debemos esforzarnos por dar a las mujeres una atención de calidad, basándonos en la evidencia y centrándonos en su bienestar. El óxido nitroso constituye una muy buena opción para el alivio del dolor en el proceso del parto, ya que consigue unos efectos en analgésicos excelentes, sin influir negativamente sobre la madre o el bebé.

# PO32- EL IMPACTO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA GESTANTE Y EL NEONATO.

Martínez Chico E, Menéndez Gómez G, Zamora Pérez MJ, Gracia Portero A, Pintor Campos AM, López Pay MD.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

Revisar la literatura científica disponible sobre los trastornos de la conducta alimentaria durante la gestación, las complicaciones obstétricas y neonatales e identificar su prevalencia.

#### MÉTODOS.

Se realizó una búsqueda bibliográfica durante julio y agosto de 2019 en Cochrane, Pubmed, LILACS y el metabuscador Epistemonikos. La cadena de búsqueda fue: Eating Disorder AND Pregnancy. Los filtros utilizados fueron: español e inglés, disponible a texto completo, últimos 5 años, aunque se consultaron artículos interesantes anteriores a esa fecha. Se intentó la búsqueda con "pregorexia" con solo dos resultados de interés.

#### **RESULTADOS.**

Se seleccionaron 8 artículos.

La prevalencia de estos trastornos en la gestación se calcula entre 1,3-18,8%, sólo un artículo la data en el puerperio: 2,5% y 1,2%, a las 6 semanas y a los 6 meses. Las complicaciones dependen del tipo de trastorno. Mujeres con anorexia y bulimia tienen un IMC pregestacional más bajo, el trastorno de atracones más elevado y ganan peso de forma excesiva. Las gestantes bulímicas tienen más riesgo de cesárea. Mujeres con anorexia tienen niños de bajo peso y pequeños para la edad gestacional; en bulimia prematuros, Apgar bajo al minuto y necesidad de reanimación. En atracones, parto estacionado, son grandes para la edad gestacional y macrosómicos. Todos los trastornos tienen más riesgo de anemias, parto prematuro, aborto e IVE, gestaciones no planificadas, más riesgo de depresión postparto, síndromes ansioso-depresivos, tienen problemas con la lactancia y alimentación del recién nacido, más riesgo de CIR, muerte perinatal, parto prematuro y parto instrumentado. Algunas mujeres mejoran durante la gestación e incluso el trastorno remite completamente porque adoptan comportamientos protectores hacia el feto.

## CONCLUSIONES.

Se ha descrito peor pronóstico si el trastorno está activo durante la gestación que si se trata de un antecedente. Estas pacientes sufren fobia al control de peso en la consulta y necesitan terapia psicológica. Esta patología en la

gestación está infradiagnosticada, ya que los profesionales no se consideran preparados para identificarla, y las pacientes pueden enmascarar sus síntomas con los que se suponen propios de la gestación.

# P033- MADURACIÓN CERVICAL: PROSTAGLANDINA VAGINAL VERSUS CATÉTER ENDOCERVICAL.

Arques Abellán M, Cabañas Lorente A, Azorín Muñoz P, Arnau Sánchez J.

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

## Objetivo general

• Comparar la diferencia entre el uso de prostaglandina vaginal y colocación de catéter endocervical para la maduración cervical en la inducción del trabajo de parto.

## Objetivos específicos

- Valorar las diferencias entre ambos métodos en la reducción del tiempo de inducción.
- Analizar las diferencias en el fallo de inducción y la tasa de cesáreas.
- Comparar los resultados sobre los patrones anómalos de frecuencia cardiaca fetal (FCF) y la puntuación en el test de Apgar.

#### MÉTODOS.

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica. Para ello, se establecieron como criterios de inclusión: el uso de cualquier método mecánico y la utilización de prostaglandinas como método farmacológico. Como criterios de exclusión establecimos el uso de prostaglandina oral y estudios que comparasen los métodos de inducción del parto en mujeres con patología de alto riesgo. La búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de datos Medline, BVS y Cochrane Library con la cadena "prostaglandins AND cervical ripening", previa búsqueda de descriptores en los tesauros DeCS y MeSH.

#### RESULTADOS.

Resultados de la búsqueda: la búsqueda arrojó 998 resultados. Tras utilizar los limitadores "texto completo" y "últimos 5 años" se obtuvieron 106 artículos. Finalmente, incluimos 4 estudios en nuestra revisión tras lectura de título y resumen y eliminación de duplicados (3 revisiones sistemáticas y 1 ECA).

#### Resultados de la evidencia:

• Reducción del tiempo de inducción

En general, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la reducción del tiempo de inducción. Un estudio afirma que la prostaglandina vaginal fue el método más eficaz para conseguir el parto vaginal en 24 horas, pero se asoció con mayor número de alteraciones en la FCF.

En una revisión sistemática se relaciona la no obtención de resultados significativos con la heterogeneidad en los tipos de catéter, volumen del balón y dosis de prostaglandinas. Concluye que con dosis bajas de dinoprostona (inferiores a 3 mg), el catéter endocervical obtuvo menor tiempo de inducción. Sin embargo, con dosis de dinoprostona altas (superiores a 6 mg), el tiempo de inducción fue más corto que mediante el uso del catéter. Entre 3 y 6 mg no se encontraron diferencias.

• Fallo de inducción y tasa de cesáreas

No hubo diferencias significativas en la tasa de cesáreas entre ambos métodos.

• Patrones anómalos de FCF y puntuación en el test de Apgar

Un metaanálisis determina que el catéter endocervical causa menor número de patrones anómalos de FCF. Esto se debe a la menor hiperestimulación uterina causada por el catéter endocervical en comparación con el uso de prostaglandinas. No hubo diferencias significativas entre ambos métodos en la puntuación del test de Apgar.

#### CONCLUSIONES.

La maduración cervical previa a la administración de oxitocina, en los casos en que esté indicada, aumenta la probabilidad de parto vaginal. No se encontraron diferencias significativas entre ambos métodos en los ítems analizados, a excepción de los patrones anómalos de FCF en el cual la inducción mecánica del parto se vio beneficiada con respecto al uso de prostaglandinas. Se evidencia una necesidad de aumentar la investigación en este campo para obtener resultados más homogéneos y determinantes. Para futuros estudios, proponemos considerar los tipos de catéteres empleados, el volumen de líquido que se inyecta en el balón y las dosis de prostaglandinas administradas, que pueden actuar como variables de confusión.

# P034- MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES CON DIABETES MELLITUS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

Zamora Pérez MJ, Pintor Campos AM, Martínez Chico E, Menéndez Gómez G, Martínez Rojo C.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

Según la OMS hay 4 categorías de elegibilidad del método anticonceptivo: 1) no hay restricción para el uso del método anticonceptivo; 2) las ventajas de su uso generalmente superan los riesgos teóricos o probados; 3) los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas y 4) representa un riesgo de salud inadmisible. El objetivo del estudio es enumerar los distintos métodos anticonceptivos que pueden empelar mujeres con DM y sus criterios de elegibilidad.

#### MÉTODOS.

Se realizó una revisión bibliográfica de la evidencia científica disponible sobre los métodos anticonceptivos en mujeres con DM y sus criterios de elegibilidad. Se realizó la búsqueda en PubMed, SciElo, Cinhal, Cuiden y Guía salud. Se combinaron las palabras clave "anticoncepción", "dispositivos anticonceptivos" y "DM" ("contraception", "contraceptive agents" y "diabetes mellitus", en inglés) con los operadores booleanos "AND" y "OR". Se seleccionaron artículos con un máximo de 5 años, en castellano e inglés.

## **RESULTADOS.**

Se consultaron 9 artículos: 4 guías de práctica clínica y 5 revisiones. Estos estudios obtuvieron resultados similares. Al dispositivo intrauterino (DIU) de cobre y los métodos barrera se les otorga una categoría de uso 1.

Los anticonceptivos hormonales combinados (anticonceptivos orales combinados, parche anticonceptivo combinado, anillo vaginal combinado y anticonceptivos inyectables combinados) presentan una categoría de uso 2 en mujeres diabéticas durante menos de 20 años y sin enfermedad vascular. En caso contrario, la categoría de uso sería 3 o 4 (según la severidad de la condición).

Presentan una categoría de elegibilidad 2 en cualquiera de los casos los contraceptivos de sólo progestágenos: píldoras, implantes y DIU-levonorgestrel (LNG). Se exceptúan los inyectables, que en caso de enfermedad vascular y/o DM de más de 20 años de evolución, se les otorga una categoría 3. Aunque existe controversia respecto a su uso. Algunos autores le otorgan una categoría de uso 2.

Las píldoras anticonceptivas de emergencia y el DIU de cobre son adecuados en mujeres con DM para prevenir embarazos no deseados.

#### CONCLUSIONES.

El DIU de cobre, los métodos barrera y la anticoncepción de emergencia se pueden usar sin restricción. En mujeres con DM, sin enfermedad vascular o microvascular y con DM durante menos de 20 años las ventajas del uso de anticonceptivos hormonales combinados, contraceptivos sólo de progestágenos y DIU-LNG generalmente superan a los riesgos. En mujeres con enfermedad vascular o DM de más de 20 años de evolución los anticonceptivos hormonales combinados están contraindicados. Existe controversia respecto a la indicación de los inyectables de solo progestágenos, pero la mayoría de estudios lo contraindican. El resto de contraceptivos de solo progestágenos presentan una categoría de uso 2.

Los profesionales sanitarios han de conocer estas recomendaciones para ofrecer orientación sobre contracepción a mujeres con DM. Deben realizarse más estudios sobre los riesgos-beneficios de los inyectables de solo progestágenos en la DM.

# PO35- ABORDAJE Y TRATAMIENTO ANTE EPISODIOS DE PSICOSIS PUERPERAL. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

Callejo Barcelona R, De Verástegui Martín M, López Zamora C, Martínez Ruano E, Ferao Egea R, Tonda Mena I.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

La etapa del puerperio comprende las 6 semanas posteriores al nacimiento del bebé. Durante este período ocurren varios procesos de adaptación a nivel social, emocional y hormonal en la mujer que influyen directamente a nivel psicológico. Por tanto, durante las primeras semanas postparto es el momento en el que la mujer es más vulnerable a sufrir alteraciones o desequilibrios, tanto físicos como psicológicos. Los trastornos del estado de ánimo afectan directamente la salud física y emocional de la madre, del recién nacido y la pareja, produciendo inestabilidad en el entorno familiar y social.

La psicosis puerperal es un episodio afectivo con síntomas psicóticos que debuta en 0,1-0,2 % de mujeres tras el parto.

Los factores de riesgos para su aparición son mujeres con antecedentes personales o familiares de un trastorno afectivo (especialmente trastorno bipolar), ser primíparas o madres solteras, situaciones de deprivación del sueño y tener antecedentes psiquiátricos o complicaciones obstétricas. Las mujeres con algún episodio previo de psicosis tienen hasta un 90% de posibilidades de repetir un episodio tras el parto.

Los síntomas comienzan de forma brusca y se manifiestan con ideas delirantes, alucinaciones, agitación psicomotriz y conducta desorganizada.

El objetivo de este trabajo es analizar el abordaje y tratamiento que la bibliografía ha demostrado más eficaz para tratar la psicosis postparto. Para ello se ha realizado una revisión de los estudios que plantean este tema.

## MÉTODOS.

Se ha realizado una búsqueda en las bases de datos Pubmed, Scielo y Cochrane Library desde 2013 hasta la actualidad de las publicaciones que tratan la psicosis postnatal.

#### RESULTADOS.

La bibliografía coincide en que la primera línea de actuación frente a un episodio de psicosis puerperal es la valoración por un psiquiatra lo antes posible y la hospitalización de la mujer. Ante un brote psicótico es necesario

separar al bebé de la madre por el riesgo de lesiones y por tanto es importante suprimir la lactancia materna en estos casos.

El tratamiento farmacológico con antipsicóticos sería el mismo que se usaría en cualquier otro momento de la vida de la mujer. También puede ser necesarios la administración de estabilizantes del estado de ánimo como el litio, o tranquilizantes como las benzodiacepinas. La terapia electroconvulsiva será de elección en caso de mujeres que no respondan al tratamiento farmacológico.

Una vez que la sintomatología psicótica ha comenzado a remitir, es necesario introducir medidas terapéuticas de tipo psicosocial. Este será el momento de reestablecer la relación materno filial.

#### CONCLUSIONES.

A pesar del interés creciente en la salud mental de las mujeres, la bibliografía en el área de la psicosis puerperal todavía es muy limitada. Derivado de esta escasa información científica se puede llegar a subdiagnosticar o confundir estos padecimientos. Este es el motivo que hace necesario que matronas, enfermeras, médicos de familia y pediatras estén alertas, cuenten con los conocimientos para detectar precozmente estas patologías y deriven oportunamente a la paciente con un especialista.

## P036- BENEFICIOS DEL EJERCICIO FÍSICO EN EL EMBARAZO.

Menéndez Gómez G, Zamora Pérez MJ, Martínez Chico E, Pintor Campos AM, Bueno Castañeda MA, Molina Ruano MD.

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

Analizar la evidencia científica disponible sobre los beneficios de la práctica de actividad física en la gestante.

#### MÉTODOS.

Se realizó una búsqueda de la literatura científica disponible para establecer los beneficios de la práctica de actividad física en el embarazo. Se desarrollaron diferentes estrategias de búsqueda en las bases de datos: PUBMED, SCIELO, CUIDEN PLUS, LILACS y DIALNET. La búsqueda se limitó a las publicaciones que incluyeran en sus títulos, resúmenes o textos las palabras clave "ejercicio físico", "actividad física", "embarazo", "diabetes mellitus", "parto", entre los años 2014-2019. Se obtuvieron un total de 264 artículos, de los cuales forman parte del presente trabajo 4 revisiones sistemáticas, 3 ensayos clínicos y 2 casos-controles.

#### RESULTADOS.

La mayoría de estudios evidencian que la práctica de ejercicio físico durante la gestación es beneficiosa para la mujer y su descendencia. Mejora la capacidad física de la gestante, reduce el riesgo de macrosoma fetal y por tanto de parto instrumental, disminuye el riesgo de diabetes gestacional y proporciona un mejor control de las cifras de glucemia. Así mismo, la ganancia de peso es más controlada y mejora la autoestima. Igualmente se reduce el riesgo de venas varicosas y trombosis venosa. Se asocia también con la reducción del dolor, ya que aumenta las endorfinas por el esfuerzo del entrenamiento y del trabajo de parto. La actividad acuática sería el medio ideal, ya que presenta mayor seguridad para la gestante, reduce el riesgo de lesiones y permite mayor libertad de movimientos.

## **CONCLUSIONES.**

La actividad física en el embarazo mejora la condición física de la mujer y proporcionando mayor bienestar fetal. Se consigue fortalecer la musculatura y reducir el dolor. La flexibilidad ligamentosa aumenta facilitando el parto natural y la recuperación posterior. Así mismo, se reducen los partos macrosómicos.

## P037- COLECHO: UNA PRÁCTICA CONTROVERTIDA EN NUESTRA SOCIEDAD.

Baidez Guerrero I, Díaz Lorente MI, Moreno Vázquez S, Ruiz García T, Sánchez Molina I, Vigueras Bernal G.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

Conocer los beneficios y riesgos que presenta la realización de colecho para una adecuada recomendación de la matrona

#### MÉTODOS.

Revisión bibliográfica acerca de la práctica de colecho en las bases de datos Pubmed, Scielo y Cuiden. Se establecieron las palabras clave: colecho, puerperio, lactancia, riesgo y matrona. Tras lectura crítica de los artículos encontrados se seleccionaron 7.

#### RESULTADOS.

Encontramos 7 artículos, diferenciados en dos categorías. Por un lado 6 hablan de los riesgos y beneficios del colecho y por otro 1 solo artículo trata los riesgos. También hayamos la Guía de práctica clínica de embarazo y puerperio, según la cual se producen más intentos de lactar durante la noche cuando se practica colecho que cuando los niños se encuentran en camas separadas. Asimismo, otros autores como Landa Riera et al afirman una mayor eficacia de la lactancia materna en la práctica de colecho si se realiza con las medidas adecuadas y evitando los factores de riesgo. Roldán-Chicano et al. añade además otros beneficios al colecho, como dar la oportunidad a la madre de estar en contacto piel a piel con el bebé, lo que le ayuda a regular su temperatura, lo calma y prolonga la lactancia materna. Rodríguez et al. por su parte concluye que, si la lactancia materna es un factor protector de SMSL y el colecho favorece la lactancia materna, el colecho sería protector del SMSL. Además, tanto el colecho como la cohabitación nocturna ayuda a sincronizar los ciclos de sueño de la madre y el bebé.

En contraposición, según la Guía de práctica clínica de embarazo y puerperio este se asocia a un aumento de acontecimientos respiratorios. Datos secundados por numerosos autores como Roldán-Chicano et al. quien habla de desaconsejar el colecho ante la presencia de determinados factores de riesgo, como el consumo de alcohol, drogas o tabaco en los cuidadores principales, el uso de colchones blandos con ropa de cama pesada y mantas o almohadas eléctricas, padres muy cansados o ante el estado de conciencia alterado. Por otra parte la Subcomisión de Lactancia Materna indica que el riesgo no es inherente al colecho en sí, sino a las circunstancias en las que ocurre. Lo que adiciona factores de riesgo son las prácticas de sueño inseguro, desaconsejando esta práctica en los

casos descritos por Roldán-Chicano y añadiendo como factor de riesgo la prematuridad. Asimismo, Perez Gaxiola et al. en su revisión sistemática concluye que el colecho se asocia a un aumento del riesgo de SMSL siendo más marcado en madres fumadoras y en niños menores de 12 semanas, sin embargo, también defiende que hay que individualizar y tener en cuenta los riesgos del SMSL y los beneficios de la leche materna.

#### CONCLUSIONES.

En la actualidad existe una gran controversia en cuanto a los beneficios o riesgos reales de la práctica de colecho. Según la bibliografía encontrada el colecho tiene efectos positivos en el bebé en cuanto a regulación de sus ciclos de sueño y prolongación de la lactancia materna, resaltando que esta es un factor protector para la SMSL, sin embargo, este también puede ser un riesgo si no se cumple con una serie de precauciones. Por lo tanto, la matrona, es el profesional idóneo para proporcionar información a los padres, basada en las recomendaciones más actualizadas, con el fin de empoderarlos para que tomen sus propias decisiones, y en el caso de practicar el colecho que este sea de una forma segura.

PO38- EVIDENCIA CIENTÍFICA SOBRE LA REPARACIÓN PERINEAL TRAS EL PARTO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

Díaz Sánchez AI, Soler Motos E, Avilés Pastor MD, Díaz Nicolás ME, Campaña Santiago M, Espinosa Melenchón I.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

El objetivo general del estudio es conocer las últimas recomendaciones a través de una búsqueda científica sobre la reparación del traumatismo perineal tras el parto vaginal.

#### MÉTODOS.

Se ha realizado una revisión bibliográfica a través de las bases de datos Medline (PubMed), CuidenPlus, CINAHL y Cochrane Library. Han sido seleccionadas como descriptores: parto, desgarro, episiotomía, sutura (delivery, degree, episiotomy, suture).

Se han utilizado los marcadores boleanos "AND" y "OR" para la búsqueda de los artículos mediante estrategias de búsqueda avanzada. Además se examinaron fuentes científicas de la Organización Mundial de la Salud, de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) y guías de práctica clínica. Los artículos seleccionados han sido publicados entre los años 2012 y 2018. Tras la lectura crítica de los mismos se seleccionaron 14 artículos y 1 revisión sistemática de la Cochrane Library.

#### RESULTADOS.

Según la evidencia científica consultada, la sutura de desgarros de primer y segundo grado se relaciona con una mejor cicatrización en la sexta semana; se vincula la sutura continua en los músculos perineales con la disminución del dolor e incomodidad a corto plazo; la sutura continua frente a la interrumpida se asocia a menor percepción del dolor a corto plazo, siendo esta disminución del dolor mayor aún si la sutura continua se realiza sobre todas las capas (vagina, músculo y piel perineal) frente únicamente a la piel perineal; las mujeres en las que se les realizó sutura continua se mostró menor percepción del dolor, tirantez, dispareunia, retirada de la sutura, hematoma y uso de analgésicos. Las recomendaciones frente a la reparación perineal que establece son: la realización de la sutura de los desgarros de primer grado para favorecer la curación excepto si los bordes de la piel se encontrasen bien aproximados; reparación perineal de los desgarros de segundo grado mediante la sutura continua; y, en un desgarro de segundo grado, la no sutura de la piel perineal si tras la reparación de la musculatura se encontrase la piel lo suficiente aproximada, en caso de requerir reparación, mediante sutura intradérmica continua.

## **CONCLUSIONES.**

Con el fin de obtener y aumentar resultados óptimos tras la reparación de desgarros o episiotomía durante el parto vaginal, se debe garantizar que la práctica clínica desarrollada por los profesionales sea basada en la mejor evidencia científica disponible.

Tras consultar la bibliografía existente, organismos internacionales apoyan y recomiendan la práctica de la sutura continua por lo que podemos deducir que la técnica ideal de reparación del periné es la sutura continua en plano vagina y músculo concluyendo con sutura intradérmica para el plano de la piel. Si es cierto, que actualmente existe escasa evidencia científica sobre el traumatismo perineal a pesar de resultar un proceso de elevada prevalencia en los servicios de obstetricia. A esto se suma la existencia de una práctica diversa ante la reparación perineal.

## P039- EL USO DE HIERBAS MEDICINALES DURANTE EL EMBARAZO.

Pintor Campos AM, Martinez Chico E, Menéndez Gomez G, Zamora Pérez MJ, Gracia Portero A, Arnau Sánchez J.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

Analizar los efectos del consumo de hierbas medicinales durante el embarazo.

#### MÉTODOS.

Se ha realizado una revisión bibliográfica narrativa en la que se consultaron las siguientes bases de datos de la literatura científica sobre ciencias de la salud: PubMed Cochrane Cuiden y Scopus. Se han utilizado como términos de búsqueda libre: "hierbas medicinales" "embarazo" "herbal drug" "pregnancy". Los criterios de selección de los artículos han sido: artículos de menos de 5 años de antigüedad idioma en español e inglés y con acceso a texto completo y restringido.

#### RESULTADOS.

Se encontraron 22 artículos de los que tras aplicar los criterios de exclusión e inclusión y tras la lectura del resumen se seleccionaron 7 artículos. En España un 40% de las mujeres consumen hierbas medicinales durante el embarazo y la lactancia. Los ECA que evalúan la eficacia y seguridad de los preparados a base de hierbas durante el embarazo son limitados. Algunos estudios refieren que estos productos ayudan a aliviar los síntomas del embarazo madurar el cuello uterino o inducir el parto. Sin embargo otros estudios demuestran que el consumo de hierbas produce interacciones con fármacos reacciones adversas en la madre y aumenta la tasa de complicaciones obstétricas y neonatales.

#### CONCLUSIONES.

El uso de hierbas medicinales durante el embarazo está generalizado y cada vez es más común entre la población. Debido a la falta de evidencia científica sobre sus efectos e interacciones con otros medicamentos y la incertidumbre en la calidad del producto es necesario seguir investigando para conocer el efecto de estas hierbas durante la gestación. Los profesionales sanitarios deben indagar sobre el consumo de estas sustancias en sus pacientes y desaconsejar su uso en mujeres embarazadas o lactantes.

# PO40- PINZAMIENTO TARDÍO RESPECTO AL PINZAMIENTO PRECOZ EN LA PREVENCIÓN DE PATOLOGÍA NEONATAL Y MATERNA.

Martínez Ruano E, Callejo Barcelona R, De Verastegui Martín M, López Zamora C, Martínez Bienvenido E, Ferao Egea R.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

#### OBJETIVO GENERAL.

Evaluar la anemia neonatal y el tiempo de alumbramiento según el momento de pinzamiento del cordón umbilical.

#### **OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

- 1. Analizar la relación entre el tiempo de pinzamiento del cordón y la incidencia de anemia neonatal en gestaciones a término.
- 2. Comparar la relación entre el tiempo de alumbramiento y el momento de pinzamiento del cordón umbilical.

## MÉTODOS.

Realizamos una revisión bibliográfica en las bases de datos Scielo, Cuiden y Cochrane por búsqueda avanzada, usando como Descriptores de Ciencias de la Salud "cordón umbilical", "anemia neonatal", "pinzamiento cordón umbilical" y "alumbramiento o parto", resultando un total de 16 artículos de los cuales, tras una lectura crítica, se seleccionaron cuatro de ellos y dos revisiones sistemáticas entre 2010 y 2019, a texto completo y en español. Otras fuentes consultadas fueron la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la salud, Revista Matrona Profesión y Asociación Española de Pediatría.

#### **RESULTADOS.**

Sobre la anemia neonatal, la OPS en su 2ªedición del 2013, destaca que en los lactantes nacidos a término con peso al nacer normal cuyos cordones han sido pinzados tardíamente y con madres con buenos niveles de hierro, las reservas de hierro eran adecuadas. Por otro lado, la OMS en 2014 destaca sus beneficios por el aumento de las reservas de hierro al nacer y una reducción del 61% en las tasas de anemia en aquellos lactantes con pinzamiento tardío del cordón umbilical. Tal y como comenta la Asociación Española de Pediatría en 2014, un alargamiento en el tiempo de pinzamiento del cordón, aporta una cantidad extra de glóbulos rojos y una reducción del riesgo de anemia ferropénica en el primer año de vida. Por último, una de las revisiones sistemáticas publicadas en Cochrane en 2013, concluye que el nivel de hemoglobina en los recién nacidos a término en el grupo en el que se realizó un

pinzamiento precoz del cordón umbilical fue inferior en comparación con el grupo con pinzamiento tardío, presentando el primer grupo carencias de hierro a los 6 meses de vida.

Por otro lado, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia en 2006 y la Conferencia Internacional de Matronas no incluyen el pinzamiento precoz en el protocolo del manejo activo de la tercera etapa. Posteriormente, las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2014 destaca la importancia de realizar un pinzamiento del cordón tardíamente tras el nacimiento. La única revisión sistemática es una de Cochrane publicada en 2011, la cual indica que el drenaje placentario libre o por pinzamiento tardío, reducía la duración del alumbramiento y el volumen de pérdida hemática materna.

#### CONCLUSIONES.

Actualmente hay una tendencia a recomendar la realización de un clampaje tardío por los beneficios en los niveles de hemoglobina, hematocrito y reservas de hierro Sin embargo, aún siguen surgiendo discrepancias entre profesionales sobre dicha técnica, por lo que considero que una buena formación y un aumento de los conocimientos del personal que asiste el parto es esencial para una buena asistencia al recién nacido.

No hay suficiente evidencia científica que confirme que un pinzamiento tardío del cordón umbilical reduce considerablemente el tiempo de alumbramiento. Debido a la escasa evidencia científica, considero importante aportar nueva evidencia acerca del momento idóneo de clampaje del cordón umbilical para reducir el tiempo de alumbramiento.

# P041- LA INFLUENCIA DE LOS DISRUPTORES ENDOCRINOS EN LOS PARÁMETROS REPRODUCTIVOS.

Pintor Campos AM, Martinez Chico E, Menéndez Gómez G, Zamora Pérez MJ, Gracia Portero A, Arnau Sánchez J.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

Analizar la influencia de los disruptores endocrinos en los parámetros reproductivos masculinos a través de una revisión bibliográfica.

#### MÉTODOS.

Revisión bibliográfica narrativa en la que se consultaron las bases de datos: PubMed, Cochrane, Cuiden y Scopus. Se utilizaron como términos de búsqueda libre: "infertilidad", "disruptores endocrinos", "Endocrine disruptors", "infertility". Los criterios de selección de los artículos han sido: artículos de menos de 5 años de antigüedad, idioma en español e inglés y con acceso a texto completo y restringido.

#### RESULTADOS.

La exposición a disruptores endocrinos está generalizada, con niveles detectables en más de un 80% de los sujetos. Estudios en animales demuestran que su exposición en la etapa peripuberal produce una disminución de los niveles de testosterona y del recuento espermático. La exposición a bisfenol A aumenta los niveles de LH y disminuye el recuento espermático. Niveles de filtros UV tipo benzofenonas alteran algunos niveles hormonales. La exposición a parabenos no se ha relacionado con afectación de niveles hormonales.

#### CONCLUSIONES.

No existe evidencia suficiente para confirmar la relación entre la exposición a disruptores endocrinos y los parámetros reproductivos masculinos. La exposición a estas sustancias es importante y se encuentran en la mayoría de sujetos estudiados, por ello es necesario realizar más estudios epidemiológicos para conocer la influencia de los disruptores endocrinos en la salud reproductiva masculina.

P042- ACTUALIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL MANEJO Y PREVENCIÓN DE LA HEMORRAGIA OBSTÉTRICA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

Campaña Santiago M, Díaz Sánchez Al, Soler Motos E, Avilés Pastor MD, Díaz Nicolás ME, López López MI.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

Como objetivo general del estudio se plantea revisar las últimas recomendaciones respecto a al manejo activo de la tercera etapa del parto en la prevención de la hemorragia obstétrica. Como objetivo específico se pretende comparar la efectividad del uso de oxitocina frente a otros oxitócicos empleados como la carbetocina.

#### MÉTODOS.

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica a través de las bases de datos Cochrane Library, Pubmed y CINAHL. Como descriptores se han empleado: "hemorragia postparto", hemorragia masiva obstétrica", "prevención", "oxitocina" y "carbetocina" ("postpartum hemorrhage", "massive obstetric hemorrhage", "prevention", "oxytocin", "carbetocyn"). Como operadores booleanos "AND" y "OR", utilizando una estrategia de búsqueda avanzada. Además se han consultado fuentes científicas de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud y el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia, además de protocolos y guías de práctica clínica de índole nacional. Como criterios de selección de artículos se han tenido en cuenta aquellos de menos de 5 años de antigüedad, idioma en español e inglés, y con acceso a texto completo, habiendo un total de 98 estudios, de los cuales 26 son revisiones sistemáticas. Tras la lectura crítica de los títulos y resúmenes se seleccionan un total de 30.

#### **RESULTADOS.**

Según la evidencia científica disponible, la hemorragia masiva obstétrica es una de las causas principales de morbimortalidad en el mundo, y la atonía uterina es su principal causa. La literatura científica sostiene que el manejo activo del tercer periodo del parto reduce el riesgo de hemorragia en un 60%, disminuye los casos de anemia postparto y también la necesidad de transfusiones sanguíneas. La Organización Mundial de la Salud y el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia recomiendan la oxitocina 10 UI intramuscular o intravenosa como primer agente y como el oxitócico de elección, frente a otras alternativas como la cabertocina 100 mcg. Sin embargo, inciden en la importancia de evitar su administración rápida para prevenir la aparición de efectos secundarios, especialmente hipotensión grave. Además la evidencia actual indica que no se recomienda el masaje uterino sostenido como intervención para prevenir la hemorragia postparto en mujeres que han recibido oxitocina como medida profiláctica.

#### CONCLUSIONES.

La hemorragia masiva obstétrica es una de las complicaciones que pueden presentarse tras el parto y que suponen un importante aumento del riesgo de morbimortalidad para las parturientas. Por ello es importante un conocimiento amplio y actualizado en materia de prevención y manejo de dicha situación obstétrica. Los uterotónicos pueden resultar salvadores en este contexto, y entre ellos la oxitocina sigue siendo de elección frente a otros como la carbetocina, que según la evidencia no ha demostrado ser mejor y su uso actual es considerado "off label".

PO43- EFECTIVIDAD DEL EJERCICIO REGULAR DURANTE EL EMBARAZO PARA LA PREVENCIÓN DE DIABETES MELLITUS GESTACIONAL.

Díaz Nicolás ME, Campaña Santiago M, Díaz Sánchez AI, Soler Motos E, Avilés Pastor MD, Ballesteros Meseguer C.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

Introducción. La diabetes mellitus gestacional (DMG) hace referencia a la intolerancia de glucosa diagnosticada durante el embarazo. Es una de las complicaciones más comunes del embarazo con una tasa de prevalencia que varía de 1 al 20% de la población. La obesidad y el sobrepeso son algunos de sus principales factores de riesgo. La DMG está asociada con problemas de salud a corto y largo plazo tanto para el feto como para la madre. Las mujeres que presentan esta complicación tienen un riesgo más elevado de padecer diabetes tipo 2 y síndrome metabólico en la edad adulta. La Asociación Americana de Diabetes recomienda que la actividad física, sea la primera opción en el tratamiento de la DMG. Aunque se recomiendan 150 minutos de ejercicio moderado a la semana, la prevalencia del ejercicio en gestantes sigue siendo baja, debido en gran parte a la falta de recomendaciones específicas y a la creencia errónea de que el embarazo requiere descanso. El ejercicio practicado con regularidad previene el sobrepeso y la obesidad.

#### Objetivo

Determinar la efectividad de la práctica de ejercicio físico regular durante la gestación en la prevención de la diabetes mellitus gestacional.

#### **MÉTODOS.**

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos; Scielo, Cochrane Library Plus, Elsevier, PubMed. Se ha consultado la fuente documental Murcia Salud y FAME. Se han utilizado términos de búsqueda (DECS); "exercise" "Diabetes gestacional" "prevention" y operadores booleanos (or) (and). Los criterios de selección serán de "menos de 5 años", "español / inglés", "texto completo libre". Fueron encontrados 166 estudios, de los cuales fueron seleccionados ocho estudios; tres ensayos clínicos aleatorizados, cuatro revisiones sistemáticas y una búsqueda bibliográfica.

#### RESULTADOS.

Los resultados de los estudios seleccionados muestran efectos diversos. En dos estudios no se haya diferencia significativa entre la práctica de ejercicio físico y la prevención de la DMG, pero se confirma mejor estado físico cardiovascular materno y mejor estado psicológico. Otros estudios muestran una fuerte asociación entre el

ejercicio físico regular practicado antes y durante todo el embarazo en relación con la reducción del riesgo de DMG, además de una disminución en el peso materno. Se hace énfasis en todos los estudios a la actividad aeróbica moderada como caminar, nadar o hacer bicicleta, en combinación con ejercicios de tonificación, de resistencia, de fuerza y de flexibilidad.

#### CONCLUSIONES.

Aunque exista controversia entre los diferentes estudios, la mayoría de ellos determinan la efectividad del ejercicio físico regular para prevenir la DGM si se practica tres veces como mínimo a la semana, además de mejorar el peso materno y disminuir la incidencia de otras enfermedades cardiovasculares.

#### P044- DONACIÓN DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL.

Azorín Muñoz P, Arques Abellán M, Cabañas Lorente A, Ballesteros Meseguer C.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

- Objetivo general:
  - o Dar visibilidad a la donación de sangre de cordón entre los profesionales sanitarios.
- Objetivos específicos:
  - o Conocer la donación de sangre de cordón, requisitos y técnica.
  - o Valorar las consecuencias sobre el pinzamiento de cordón umbilical.

#### MÉTODOS.

Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre la donación de sangre de cordón umbilical (SCU) en las bases de datos Cuiden, Scielo y Pubmed. Se emplearon los descriptores "sangre de cordón" y "donación". Como criterios de inclusión destacamos artículos de los últimos 5 años, en inglés o español y con opción a texto completo. También se buscó información en las principales organizaciones relacionadas, como la Organización Nacional de Trasplantes, la Organización Mundial de la Salud y la Federación de Asociaciones de Matronas de España. También se consultó el sistema informático de preguntas basadas en la evidencia "Preevid" del Servicio Murciano de Salud. Por último, se analizó el protocolo de donación de SCU del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

#### RESULTADOS.

La búsqueda obtuvo 20 resultados, de los cuales se analizaron 3, además de la información analizada de las principales organizaciones relacionadas.

#### Estadísticas

Según los últimos datos recogidos por la Organización Nacional de Trasplantes en 2018, hay un total de 373.196 donantes de médula ósea o sangre periférica frente a 64.526 unidades de SCU. Destacamos que de cada 1.856 donantes de médula ósea o sangre periférica registrados, se consigue 1 donación efectiva; mientras que, por cada 396 unidades de SCU se consigue 1 efectiva. Basándonos en estos datos, podemos afirmar que la donación de SCU es más efectiva que la procedente de sangre periférica o médula.

#### Requisitos del donante

Puede ser donante de SCU cualquier embarazada sana mayor de edad, con un embarazo no patológico y un parto sin complicaciones.

#### Técnica de extracción de muestra

Se seguirán las indicaciones dadas por el banco de sangre al que será enviada la muestra. En resumen, destacamos que la recogida de sangre se llevará a cabo cuando el recién nacido y la madre no presenten complicaciones y no interfiera en la atención a ambos. El procedimiento se realizará intraútero, es decir, previo al alumbramiento. Una vez comprobada la estabilidad materna y fetal, se corta el cordón umbilical, se desinfecta y se canaliza la vena umbilical dejando caer la sangre por gravedad.

#### Pinzamiento precoz de cordón umbilical

Para la correcta recolección de la muestra, es preferible realizar pinzamiento precoz del cordón umbilical. Para ello, hay que tener en cuenta que se perderían los beneficios derivados del pinzamiento tardío. En recién nacidos a término el pinzamiento tardío presenta ciertas ventajas como aumento de hemoglobina, hematocrito, niveles de ferritina y hierro; sin embargo, también se ha asociado a mayor riesgo de ictericia y policitemia postnatal.

#### CONCLUSIONES.

Conociendo los datos de la eficacia de las donaciones de SCU, creemos importante la divulgación por parte de los profesionales sanitarios. Para ello, como recomienda el Plan Nacional de Sangre de Cordón, los profesionales en contacto con embarazadas deben dar dicha información, aprovechando las consultas, seguimientos y preparación al parto. Por lo tanto, sería conveniente incluir dicha información en la educación maternal desde atención primaria. Sugerimos que del mismo modo que se da información y consentimiento sobre la posibilidad de analgesia epidural, debería darse sobre la donación de SCU.

P045- BENEFICIOS DEL PLAN DE PARTO: HERRAMIENTA DE ACOMPAÑAMIENTO, CONOCIMIENTO Y CALIDAD.

Jiménez Ángel S, Gambin Contreras I.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

El plan de parto es un documento en el que la mujer puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y el nacimiento. Los objetivos principales de nuestra revisión serían:

- Conocer los beneficios del plan de parto en la mujer: reducción de ansiedad, aumento de conocimientos, mejora en la toma de decisiones.
- Valorar si la realización del plan de parto favorece la creación de expectativas realistas y flexibles.
- Valorar si la realización del plan de parto favorece la búsqueda de información e implicación en el proceso de la mujer y su acompañante.
- Conocer si la realización de planes de parto son una herramienta para que los profesionales puedan valorar las preferencias de la mujer y su acompañante para facilitar la participación activa de ambos en el proceso de parto y postparto.

#### MÉTODOS.

Revisión sistemática mediante búsqueda bibliográfica en bases de datos PubMed, Cochrane Library, Scielo, Google académico y guías de práctica clínica, de los estudios publicados entre 2009 y 2019, tanto en lengua inglesa como hispana, mediante combinaciones booleanas de palabras clave, que exploran los beneficios de la utilización del plan de parto.

#### RESULTADOS.

Obtuvimos en la búsqueda un gran número de artículos en lengua inglesa: PubMed, con las palabras clave: "birth plan AND birth satisfaction AND education" (limite publicación fecha 2009-2019) con un total de 17 artículos, descartando por título y resumen 12 de los mismos.

En la misma base de datos utilizando palabras clave: "shared decisión making AND birth plan" (limite publicación fecha 2009-2019) con un total de 4 artículos, descartando 3 de los mismos.

Búsqueda en Cochrane Library en español, apareció 1 Revisión Cochrane (limite "Parto natural" en Título Resumen Palabra clave AND plan de parto en Título Resumen Palabra clave) no siendo el resultado pertinente.

Búsqueda en Google académico con las palabras clave: plan de parto (limite que conste en título y fecha de publicación 2009-2019) con un total de 43 artículos, descartando 33 de los mismos por título y resumen.

Obtuvimos información de la guía al plan de parto y nacimiento junto a la Estrategia de atención al parto normal del Ministerio de Sanidad y Consumo.

También en la guía NICE "Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman" señala que en la preparación al parto se debe de dar información, con la oportunidad de expresar dudas y hacer preguntas, incluyendo el plan de nacimiento.

Y "Intrapartum Care. Care of healthy women and their babies during childbirth" recoge así mismo que para establecer la comunicación con la mujer durante el parto los profesionales sanitarios deben, entre otras cuestiones, leer y discutir con ella el plan de parto en el caso de que lo haya realizado.

#### CONCLUSIONES.

El plan de parto no tiene como objetivo planificar el parto y el nacimiento. Si surgen circunstancias imprevisibles, el personal sanitario aconsejará la intervención más oportuna.

La evidencia refleja que las mujeres que hacen uso de un plan de parto: tienen vivencias de partos más positivas, muestran menor ansiedad ante el proceso de parto y se sienten más participes en la toma de decisiones, adquiriendo un papel protagonista en su proceso.

La matrona es esencial en la realización del plan de parto junto a la mujer y su acompañante, trasmitiendo conocimientos basados en la evidencia científica y facilitando una visión realista del proceso acorde a sus preferencias.

# P046- RELACIÓN DE LA POSICIÓN MATERNA Y LA PRODUCCIÓN DE DESGARRO PERINEAL. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

López Zamora C, de Verastegui Martín M, Martínez Ruano E, Callejo Barcelona R, Ferao Egea R, Rodríguez Portilla NE.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

#### Marco teórico:

La asistencia al parto hasta bien entrada la segunda mitad del siglo XX se producía en el domicilio familiar. Desde ese momento, el parto pasa a ser atendido como un proceso de enfermedad que tiene que ser tratado en un medio con tecnología y recursos profesionales. Paralelamente a ello, la atención por médicos en lugar de matronas, hace que se pierda la posición natural para el parto y se pase del parto vertical al horizontal.

Históricamente, las mujeres han adoptado posturas que permiten la deambulación, esto es, posturas verticales, y sigue siendo así en los países en que no ha arraigado el modelo de salud de los países más desarrollados.

La mayor comodidad de las posturas horizontales para las maniobras obstétricas unido a la progresiva llegada en la década de los setenta de la anestesia epidural a los hospitales, favoreció aún más el uso de la posición horizontal.

A mediados del siglo XX, las experiencias de Caldeyro Barcia mostraron que el hecho de caminar durante el periodo dilatante mejoraba la calidad de las contracciones, acortaba la duración del parto, podía hacer más tolerable el dolor y mejorar el control del movimiento.

Se está viendo un cambio en la asistencia al parto, siendo ésta menos intervencionista. Esta situación está creando la necesidad de que los profesionales tengan conocimientos y habilidades sobre las diferentes posturas que puede adoptar la mujer para parir.

#### Objetivo:

Realizar una revisión bibliográfica de la literatura científica sobre la relación entre la posición materna y la producción de desgarro perineal durante el periodo expulsivo.

#### MÉTODOS.

Se ha realizado una búsqueda en las bases de datos Pubmed, Cuiden, Scielo y Cochrane Library de los estudios comprendidos entre enero de 2015 y junio de 2019, en español o inglés, y en texto completo. Para ello se emplearon las palabras clave: desgarro, periné, postura materna, parto, expulsivo. Los operadores booleanos utilizados fueron "and" y "or".

#### **RESULTADOS.**

En la búsqueda realizada se encontraron 450 artículos. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión se quedaron en 25 y tras la lectura del resumen se seleccionaron 7.

Cuando se analizan las consecuencias de la posición de litotomía en el parto se advierte que cuenta con un mayor número de episiotomías y de episiotomías combinadas con desgarros de II grado, en cambio, hay una tendencia a la disminución de desgarros de II grado.

Por otro lado, en los partos en los que la mujer adopta la posición vertical, aparece un número menor de episiotomías, esto queda contrastado, en parte, por el aumento de los desgarros perineales de segundo grado, así como las laceraciones y los desgarros labiales se ven aumentados. En esta posición también se ha observado que los desgarros de tercer grado aparecen poco, y de los que aparecen, hay una incidencia unas siete veces mayor en posiciones verticales sin apoyo (cuclillas, de rodillas o de pie), que en posiciones verticales con apoyo (taburete o silla de partos).

#### CONCLUSIONES.

En estos artículos se observó que la relación entre la postura adoptada en el parto y la aparición de lesiones perineales resulta aún incierta, los estudios realizados no son concluyentes, aportan posibles desventajas de las posturas verticales por el mayor número de desgarros, sin embargo, proporcionan grandes beneficios como son el mejor descenso de la cabeza fetal favorecido por la gravedad, la disminución del número de patrones anormales de frecuencia cardiaca fetal y de los partos instrumentados.

Por todo ello, no se permite recomendar una postura sobre otra, limitándose a aconsejar a la madre que adopte la posición que le resulte más cómoda.

#### P047- INFLUENCIA DE LA OBESIDAD MATERNA EN EL NIÑO.

Avilés Pastor MD, Díaz Nicolás ME, Campaña Santiago M, Díaz Sánchez AI, Soler Motos E, Castaño Molina MA.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

Existe un creciente en la relación entre la obesidad materna y la macrosomía fetal. Según la organización mundial de la salud, la vigilancia del aumento de peso durante el embarazo, es un procedimiento útil y de bajo costo para desarrollar intervenciones nutricionales destinadas a reducir los riesgos maternos y fetales. El papel genético tiene una influencia fundamental en el desarrollo de la obesidad, pero también está influenciada por factores ambientales. El aumento de peso materno incluye el crecimiento de la masa grasa corporal, agua corporal, el feto, la placenta, el líquido amniótico y otros productos de la concepción. La macrosomía fetal se define como los recién nacidos con peso superior a 4000 gramos y esto, puede provocarles en el futuro problemas de obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer.

#### Objetivos:

- Analizar si la presencia de un IMC 30 durante el embarazo aumenta el riesgo de macrosomía fetal.
- Determinar si la macrosomía y la obesidad influye en el tipo de parto.

#### MÉTODOS.

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de la literatura científica, a través de las bases de datos: Pubmed, Scielo y Cinahl. Además, se ha consultado la web de la organización mundial de la salud (OMS). Para ello, se utilizaron los siguientes descriptores (DECS): "Obesity", "Pregnacy" y términos libres: "Fetal growth". Se empleó el operador booleano "AND". Los criterios de selección que se utilizaron fueron: "Últimos 5 años", "Texto completo" "español o inglés". Los estudios seleccionados fueron: 3 ensayos clínicos aleatorizados, 3 descriptivos observacionales y 2 cohortes.

#### RESULTADOS.

En la bibliografía consultada, se evidencia que la obesidad pregestacional y gestacional aumentan el riesgo de tener un recién nacido con macrosomía. Se ha podido observar, como la obesidad durante el embarazo, es un factor de riesgo para que los recién nacidos presenten obesidad en el futuro. Además, esto conlleva, el aumento de las horas

de parto, la necesidad de episiotomías, parto instrumentado o cesárea. En ninguno de los artículos, se muestra que la obesidad y la macrosomía fetal no tengan relación.

#### **CONCLUSIONES.**

Se puede concluir, que la obesidad en el embarazo, está relacionada significativamente con la presencia de macrosomía fetal, aumentando el riesgo de un parto distócico.

## PO48- LA INFLUENCIA DE LA FRENECTOMÍA EN LA LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS CON ANQUILOGLOSIA.

Avilés Pastor MD, Díaz Nicolás ME, Campaña Santiago M, Díaz Sánchez AI, Soler Motos E, Castaño Molina MA.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

La organización mundial de la salud recomienda la lactancia materna de forma exclusiva hasta los 6 meses de vida. Una de las causas que la dificultan es la anquiloglosia en los recién nacidos. Es una anomalía congénita, que consiste en la presencia del frenillo lingual corto, que puede dificultar un movimiento normal de la lengua. El diagnóstico de la anquiloglosia suele ser clínico, pero si se valora desde el punto de funcionalidad, no todos los frenillos darán problemas, porque dependerá de su flexibilidad. Entre los problemas que causa en la lactancia materna se encuentran: pérdida de peso por reducción de la ingesta, dolor en el pezón y una menor producción de la leche por disminución de la succión. La frenectomía es un procedimiento quirúrgico menor relativamente rápido realizado por personal cualificado, con escaso sangrado, en el cual se incide con unas tijeras afiladas de extremos romos en la línea media de la lengua.

Objetivo: Determinar los efectos de la frenectomía en la lactancia materna en recién nacidos con anguiloglosia.

#### MÉTODOS.

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura científica, a través de diferentes bases de datos como, Pubmed, Scielo y Cuiden. Para ello, se utilizaron los siguientes descriptores (DECS): "Breast feeding", "Ankyloglossia" y términos libres: "Frenectomía". Se empleó el operador booleano ªAND". Los criterios de selección que se seleccionaron fueron "últimos 5 años", "texto completo" "español o inglés". Los estudios seleccionados fueron: 4 descriptivos observaciones, 3 ensayos clínicos aleatorizados, 2 revisiones sistemáticas.

#### **RESULTADOS.**

Tras realizar la búsqueda bibliográfica, se ha observado que en todos los artículos consultados se evidencia una mejora de la lactancia materna tras el procedimiento de frenectomía en recién nacidos que presentan anquiloglosia. Estos resultados, se han mostrado de manera inmediata tras el procedimiento, siendo a partir de la primera semana, cuando se han evidenciado los porcentajes más altos de éxito de la lactancia materna. Sin embargo, no todos los niños con anquiloglosia necesitan frenectomía. Se aboga por acudir a una consulta de lactancia como intervención inicial. La matrona, como especialista, puede ayudar al establecimiento de un

adecuado agarre mediante la enseñanza de posiciones como es la postura biológica o ponerlo a caballito. Estas posturas pueden hacer más efectiva la toma.

#### **CONCLUSIONES.**

Se puede concluir que la frenectomía, siempre que la realice un profesional especializado, es un procedimiento seguro para mejorar la lactancia materna cuando la anquiloglosia impide el éxito de esta.

### P049- LA MICROBIOTA ENDOMETRIAL Y SU RELACIÓN CON LA REPRODUCCIÓN.

Martínez Chico E, Menéndez Gómez G, Zamora Pérez MJ, Gracia Portero A, Pintor Campos AM, López Pay MD.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

Revisar la literatura científica disponible sobre la microbiota endometrial y su rol en la fertilidad, definir las especies bacterianas encontradas, exponer los resultados obstétricos observados y su relación con la edad de la paciente.

#### MÉTODOS.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en junio y julio de 2019 en: PubMed, Sciencedirect, CUIDEN plus, Embase y SciELO. Se utilizaron PREEVID y Epistemonikos, además de búsqueda inversa. Como cadena de búsqueda se utilizó: Endometrium AND microbiota. Filtros: español e inglés, últimos 5 años, humanos, texto completo.

#### RESULTADOS.

Se seleccionaron 5 artículos: 4 estudios observacionales analíticos y 1 revisión sistemática.

Las edades fueron similares en los artículos consultados (33,91-44,09 años) y la raza aún no se ha podido relacionar con la microbiota endometrial. La especie más abundante: Lactobacillus spp, como en vagina.

Los autores dividen la microbiota en dos tipos: Lactobacillus dominante (LD: más del 90% de esta bacteria) y no dominante (NLD: menor de 90% y más de 10% de otras bacterias). Relacionan la microbiota NLD con peores resultados reproductivos: abortos, problemas de fertilidad, fallo de técnicas de reproducción asistida. Un 62% de las pacientes que se sometieron a FIV tenían una microbiota endometrial "anormal" (NLD). Hallazgos de la concentración Lactobacillus: sanos>técnicas asistidas que no fueron FIV>FIV.

La microbiota endometrial no varía en composición durante el ciclo (no se regula hormonalmente) y no está ahí por un ascenso desde la vagina. El pH endometrial no se puede utilizar para predecir el estado microbiológico, al contrario que en vagina.

#### CONCLUSIONES.

Una disbiosis de la microbiota endometrial provocaría una reacción inflamatoria endometrial, impidiendo la correcta implantación del blastocisto. Se podría alterar la vascularización de la placenta irreversiblemente,

provocando preeclampsia, restricción del crecimiento intrauterino e incluso abortos. Los autores definen esta situación provocada por la disbiosis como "subfertilidad". Como tratamiento se propone el uso de probióticos y antibióticos profilácticos antes de la FIV, aunque no se propone claramente un abordaje terapéutico. Sería interesante pensar en esta causa ante fallo implantacional repetido, abortos de repetición o infertilidad inexplicada. Se necesitan más trabajos que profundicen en el estudio del ecosistema endometrial y en su papel en la fertilidad.

### **AGRADECIMIENTOS**

La Asociación de Matronas de la Región de Murcia quiere agradecer su inestimable colaboración en el V CONGRESO DE MATRONAS DE LA REGIÓN DE MURCIA a las siguientes instituciones y empresas:































