Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

21 noviembre de 2013

I FORO REGIONAL DE DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

LIBRO DE PONENCIAS Y COMUNICACIONES

SOMUCA
SOCIEDAD MURCIANA DE CALIDAD ASISTENCIAL

AMRM
Asociación de Matronas de la Región de Murcia

© SOMUCA. Sociedad Murciana de Calidad Asistencial
© AMRM. Asociación de Matronas de la Región de Murcia

Depósito Legal: MU 1102-2013
ISBN - 13: 978-84-695-8984-7

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

Este Libro ha sido editado con los textos íntegros que los diferentes autores han elaborado y aportado. Por lo tanto, la Sociedad Murciana de Calidad Asistencial y la Asociación de Matronas de la Región de Murcia, no se hacen responsables de los contenidos u opiniones vertidas, ni de posibles erratas en los mismos.

INDICE

DECLARACIÓN DE INTERÉS CIENTÍFICO – SANITARIO..... 4

AGRADECIMIENTOS..... 6

COMITES..... 8

PROGRAMA..... 10

PONENCIAS..... 14

COMUNICACIONES ORALES..... 59

DECLARACIÓN DE INTERÉS CIENTÍFICO SANITARIO

Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Política Social

Dirección General de Planificación, Ordenación
Sanitaria y Farmacéutica e Investigación

Clave 1028 CON ACUSE DE RECIBO

NOTIFICACIÓN DE RECONOCIMIENTO DE INTERÉS CIENTÍFICO-SANITARIO.

Por **Orden de fecha 7 de noviembre de 2013** la Excma. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social ha dispuesto lo siguiente:

"ANTECEDENTES DE HECHO

1. Solicitante.

				Expte.	**J34/2013**
D./Dª	SOCIEDAD MURCIANA DE CALIDAD ASISTENCIAL			**D.N.I.**	G 30597272
Domicilio	C/ SAAVEDRA FAJARDO, 5 ENTLO 6			**Localidad**	MURCIA
Cód. Postal	30001	**Presentación solicitud**	1 de agosto de 2013	**Nº Registro de entrada**	201300371548

2. Acto a desarrollar.

Descripción	I FORO REGIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA		
Lugar de celebración	MURCIA	**Fecha**	21 DE NOVIEMBRE DE 2013

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

FUNDAMENTOS DE DERECHO

1º.- El artículo 2 de la Orden de 12 de junio de 1997, por la que se regula el reconocimiento de interés de actos científico-sanitarios y la acreditación de cursos de interés sanitario, establece que se otorgará el reconocimiento de interés científico-sanitario a aquellas reuniones científicas que bajo la denominación de congresos, jornadas u otras análogas, reúnan los requisitos establecidos en la presente Orden.

Igualmente, se podrá otorgar el reconocimiento de interés científico-sanitario a los trabajos premiados por la Real Academia de Medicina u otras Instituciones sanitarias.

2º.-De acuerdo con lo establecido en el artículo 9 de la Orden de 12 de junio de 1997, la competencia para conceder o denegar el reconocimiento de interés científico-sanitario corresponde a al Consejera de Sanidad y Consumo.

En su virtud,

D I S P O N G O:

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

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

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

Notifíquese la presente orden al interesado."

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

Murcia, 14 de noviembre de 2013

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

Fdo.: Ana Teresa Pérez Varona.

Consejería de Sanidad y Política Social
Región de Murcia
Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación

REGION DE MURCIA/Consejeria de Sanidad y Politica Social /Registro de la CARM/ D.G.de Planificación,Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigacion

Salida 334 Nº. 201300069466 14/11/13 14:12:39 Orig: 1626

AGRADECIMIENTOS

La **Sociedad Murciana de Calidad Asistencial** y la **Asociación de Matronas de la Región de Murcia** desean agradecer su inestimable colaboración a las siguientes instituciones y empresas:

Región de Murcia

Servicio Murciano de Salud

Área I Murcia Oeste

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE LA REGIÓN DE MURCIA

COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA REGIÓN DE MURCIA

COMITÉS

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidenta

Concepción Martinez Romero
Subdirectora de Enfermería
Hospital Materno Infantil HUVA

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidenta

Mª Ángeles Castaño Molina
Presidenta AMRM
Dra. en Antropología. Profesora Asociada UM.

Coordinador Ejecutivo

Rafael Gomis Cebrian
Presidente de SOMUCA

Vocales

José Vicente Albaladejo Andreu
Director Gerente
Área I – Murcia/Oeste

Julián Alcaraz Martínez
Secretario – Tesorero
SOMUCA

Miguel Costa Andreo
Presidente
SMGO

Daniel Morillas Guijarro
Vice-presidente
AMRM

Teodoro José Martínez Aran
F.E.A. Pediatría
Hospital Comarcal del Noroeste - Área IV

Mª Nieves Muñoz Rodríguez
Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación.
Consejería de Sanidad y Política Social

Vocales

Manuel Alcaraz Quiñonero
Vice-Presidente
SOMUCA

Carmen Castillo Gómez
Vocal
SOMUCA

José Fernández-Rufete Gómez
Responsable de Programas Sociosanitarios.
Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación.
Consejería de Sanidad y Política Social.

Mª Emilia Martínez Roche
Coordinadora. Unidad Docente de Matronas
UM y SMS. Dra. en Pedagogia.

Anibal Nieto Díaz
Profesor Titular de Obstetricia y Ginecología
Facultad de Medicina.Universidad de Murcia

Juan José Pedreño Planes
Coordinador
Programa Integral de Atención a la Mujer (PIAM)

Anne Marie Sarlet Gerken
Dra. en Pedagogía.Profesora Titular. Departamento de Enfermería y Unidad Docente de Matronas.
Facultad de Enfermería. UM.

PROGRAMA

Jueves, 21 de noviembre de 2013

08.30 h **Registro de participantes y entrega de documentación.**

09.00 h **Inauguración Oficial**

09.15 h **Mesa 1 "Un nuevo concepto en la formación de residentes: Unidad Multiprofesional de Obstetricia y Ginecología de la Región de Murcia".**

Modera: **Mª Angeles Castaño Molina**. Presidenta del Comité Científico. Presidenta de la Asociación de Matronas de la Región de Murcia.

Intervienen

"Proceso de acreditación de la Unidad Docente Multiprofesional de Obstetricia y Ginecología de la Región de Murcia."
Francesc Molina Durán. *Responsable del Área de Formación e Investigación. Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación.*

"Unidad Docente Profesional y trabajo en Equipo"
Magdalena Molina Oller. *Ginecóloga. Jefa de Estudios en funciones de la Unidad Multiprofesional de Obstetricia y Ginecología de la Región de Murcia.*

"La Matrona en la Unidad Docente Multiprofesional"
María Emilia Martínez Roche. *Matrona. Coordinadora del Programa de Enfermería Obstétrico-Ginecológica, de la Unidad Multiprofesional de Obstetricia y Ginecología de la Región de Murcia.*

10.15 h Mesa 2 "La Salud Sexual a lo largo del ciclo vital"

Modera: **Concepción Martínez Romero.** Presidenta del Comité Organizador. Subdirectora de Enfermería Hospital Materno Infantil HCUVA.

Intervienen:

"Sexo y Tercera Edad".
Francisco Martínez Aguilar. *Médico de Familia. Máster en Sexualidad por la UNED. Especialista Universitario en Gerontología por la Universidad de Murcia.*

"En busca de una nueva forma de ser hombre".
Rafael Martínez Marco. *Psicólogo-Sexólogo. Miembro del Grupo de Hombres por la Igualdad de Género.*

"La educación sexual en adolescentes"
Alicia Martínez Martínez*. Matrona. Máster en Sexualidad.*

11.45 h Sesiones de Comunicaciones Simultáneas.

Salón de Actos. C001-C007. Modera: **Julián Alcaraz Martínez.** Secretario-Tesorero SOMUCA.

C001.- OPORTUNIDAD DE MEJORA EN LA RECEPCIÓN Y REGISTRO DE RESULTADOS DE LA CITOLOGÍA CERVICO VAGINAL EN CENTRO DE SALUD.
GARCÍA DENIA, JOSÉ; NOGALES MORENO, ANA BELÉN; MORALES HERNÁNDEZ, KATYA; MARTÍNEZ NAVARRO, NAIARA; CAÑADA CÁMARA, ESTHER; MARCOS REQUENA, ÁLVARO.

C002.- CONTACTO PIEL CON PIEL EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA.
GIL BUENDIA, MARIA ANGELES; NAVARRO RUIZ, ISABEL; REYES YEPES, JUANA MARIA; TONDA MENA, INMACULADA.

C004.- MUJER Y CLIMATERIO: BIENESTAR EN LA RELACION DE PAREJA.
CARAVACA HERNANDEZ, SUSANA; MUESES DISMEY, ALEXANDRA; GARCIA MARTINEZ, MARIA; ORDORICA NAVASCUES, YOLANDA; HERNÁNDEZ VERA, Mª ROSARIO; NICOLAS DELGADO, ENCARNACION.

C005.- LA MATRONA ANTE LA PREVENCIÓN DEL DÉFICIT DE YODO EN EL EMBARAZO.
RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, VICTORIA; MOLINA RODRÍGUEZ, ALONSO; GUILLÉN MARTÍNEZ, ASCENSIÓN; MARTÍNEZ AMORES, GLORIA MARÍA.

C006.- INICIO Y PROBLEMÁTICA DE LAS RELACIONES SEXUALES EN EL POSTPARTO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.
RUIZ GARCIA, MARIA DEL MAR; BLANCO SORZANO, DAVID; AZNAR ZAFRA, MIRIAM; DELGADO GARCES, MARIA DEL MAR; PEREZ BONILLA, SILVIA.

C007.- EXPERIENCIA DE EDUCACION SANITARIA A GESTANTES Y PUERPERAS EN CENTROS DE AP.
GARCIA ALBARRACIN, M DOLORES; CARRASCO LOPEZ, ANGELES.

Aula 1. C008-C014. Modera: **Teodoro Martínez Arán.** Comité Organizador.

C008.- PUERPERIO: EXPECTATIVAS Y CAMBIOS EN LA SEXUALIDAD.
UREÑA GALVEZ, SOFIA DOLORES; MARTOS LOPEZ, ISABEL MARIA; PEREZ BERENGUEL, MARIA DEL CARMEN.

C009.- EL ABORDAJE DE LA ANORGASMIA EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA.
GOMEZ GARCIA, LORENA; ROBLES RODRIGUEZ, Mª REMEDIOS.

C010.- EDUCACIÓN SEXUAL DESTINADA A MUJERES EN EDAD MENOPÁUSICA.
GARCÍA MOÑINO, Mª DEL CARMEN; NOGUERA VILLAESCUSA, PABLO; ROS BALSALOBRE, MARTA; DE HARO GARCÍA, JUAN PEDRO; CAMPOY QUESADA, MARÍA JOSEFA; MEDIALDEA MIRANDA, PINA.

C011.- VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO POSITIVO: PREVENCIÓN TERCIARIA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.
FERRANDINI PRICE, MARIANA; GONZÁLEZ SALAS, DAVID; MENARGUEZ LUQUE, ALICIA; ROMERO RODRIGUEZ, SONIA; NAVARRO AGUILERA, ISABEL; ROMERO RODRIGUEZ, ANA.

C012.- EL MELA, UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO EFICAZ.
PÉREZ BERENGUEL, MARÍA DEL CARMEN; MARTOS LÓPEZ, ISABEL MARÍA; UREÑA GÁLVEZ, SOFÍA DOLORES.

C013.- LEGISLACIÓN Y CONTRACEPCIÓN DE EMERGENCIA.
MURILLO DE LAS HERAS, MARÍA DEL MAR; ENRÍQUEZ RODRÍGUEZ, INMACULADA; MARÍN ALONSO, ARIADNA; LAO MOYA, FRANCISCO JAVIER.

C014.- PLANIFICACIÓN FAMILIAR NATURAL: MÉTODOS BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD.
ENRÍQUEZ RODRÍGUEZ, INMACULADA; MURILLO DE LAS HERAS, MARÍA DEL MAR; MARÍN ALONSO, ARIADNA.

Aula 2. C015-C021. Modera: **Daniel Morillas Guijarro.** Vicepresidente AMRM.

C015.- ¿VERDADERA HIPOGALACTIA? ABORDAJE EN CONSULTA DE LACTANCIA: NENONATO DESHIDRATADO POR DÉFICIT DE APORTES.
PERNAS BARAHONA, ALMUDENA; SANCHEZ SAUCO, MIGUEL FELIPE; GARRIDO POVEDA, ROSANA; JAIMES VEGA, DIANA CAROLINA; CÁRCELES ALVAREZ, ALBERTO; ORTEGA GARCÍA, JUAN ANTONIO.

C016.- ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE LA GESTANTE Y PUÉRPERA EN ATENCIÓN PRIMARIA A TRAVÉS DE LA TERAPIA GRUPAL.
CORRALES RODRIGUEZ, GEMMA.

C017.- ANAMNESIS DE LA GESTANTE: COMPETENCIAS DE LA MATRONA EN LA DETECCIÓN DE SUSTANCIAS ANABOLIZANTES.
PÉREZ TERUEL, MARIO; NAVARRO GARCÍA, ALBERTO; ALARCÓN GUIRAO, RAQUEL.

C018.- GESTACIÓN Y ENFERMEDAD DE CHAGAS.
ENRÍQUEZ RODRÍGUEZ, INMACULADA; MARÍN ALONSO, ARIADNA; MURILLO DE LAS HERAS, MARÍA DEL MAR.

C019.- LA MATRONA: AGENTE CLAVE EN LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE.
SAURA MARTINEZ, ISABEL; GARCIA HERNANDEZ, MARIA CELESTE; LÓPEZ ACOSTA, ANTONIA.

C020.- INYECCION DE AGUA ESTÉRIL EN EL ROMBO DE MICHAELIS ASOCIADO A LA DISMINUCION DEL DOLOR EN LA PRIMERA FASE DEL PARTO.
PEREZ BONILLA, SILVIA; AZNAR ZAFRA, MIRIAM; BLANCO SORZANO, DAVID; DELGADOS GARCÉS, MARÍA DEL MAR; RUIZ GARCÍA, MARÍA DEL MAR.

C021.- OBSTETRICIA Y MEDICINA TROPICAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.
MURILLO DE LAS HERAS, MARÍA DEL MAR; ENRÍQUEZ RODRÍGUEZ, INMACULADA; MARÍN ALONSO, ARIADNA; LAO MOYA, FRANCISCO JAVIER.

13.00 h **Conferencia "Abordaje de la Salud Sexual en la adolescencia en el ICS" .**

Cristina Martínez Bueno. *Responsable de la Atención a la Salud Sexual y Reproductiva de Barcelona. Institut Catala de la Salut (ICS). Matrona. Presidenta de la Federación de Asociaciones de Matronas de España.*

Presenta: **José Vicente Albaladejo Andreu**. Director Gerente Área de Salud I - Murcia/Oeste.

14.00 h **Almuerzo.**

16.00 h **Mesa 3 "Experiencias en Salud Sexual y Reproductiva en la Región de Murcia".**

Modera: **Rafael Gomis Cebrian.** Presidente de la Sociedad Murciana de Calidad Asistencial.

Intervienen:

"Salud Medioambiental Reproductiva: hacia un embarazo más saludable"
Miguel Felipe Sánchez Sauco. *Enfermero Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Área de Salud I Murcia-Oeste.*

"Implementación de la Versión Cefálica Externa para disminución de las Cesáreas por presentación Podálica a término"
Rocío López Pérez. *Coordinadora de Bloque Obstétrico. Hospital General Universitario Santa Lucía. Área de Salud II Cartagena.*

"Proyecto de implantación de la Guía de Buenas Prácticas en Lactancia Materna de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO)®, en el Área III de Salud Lorca de la Comunidad Autónoma de Murcia"
Juana Maria Martínez Abellán. *Supervisora Área Obstétrico-Pediátrica. Área de Salud III Lorca.*

"Prevención de nuevo embarazo en madres adolescentes"
Presentación Garcia Martínez. *Ginecóloga. Unidad Ginecología de Cieza. Área de Salud IX Vega Alta del Segura.*

17.30 h **Mesa 4 "Programa Integral de Atención a la Mujer en la Región de Murcia (PIAM)".**

Modera: **Manuel Alcaraz Quiñonero.** Vicepresidente de SOMUCA.

Intervienen:

"Características y objetivos del PIAM 2012"
Juan José Pedreño Planes*. Médico de Familia. Director Medico Área de Salud III (Lorca). Coordinador PIAM.*

"Novedades del subprograma del embarazo"
Juan Luis Delgado Marín*. Ginecólogo. Jefe de la Sección de Obstetricia. HCUVA.*

"La Matrona en el PIAM"
María Nieves Muñoz Rodríguez. *Matrona. Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación.*

"Enfoque Biopsicosocial del actual PIAM"
Amor Gea Serrano*. Trabajadora Social de los Centros de Salud Espinardo y Santomera. Área I-Murcia-Oeste y VII-Murcia-Este.*

19.00 h **Entrega de Premios y Clausura.**

PONENCIAS

UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL Y TRABAJO EN EQUIPO. 16

Magdalena Molina Oller.

SEXO Y TERCERA EDAD 18

Francisco Martínez Aguilar.

EN BUSCA DE UNA NUEVA FORMA DE SER HOMBRE. 19

Rafael Martínez Marco.

LA EDUCACIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES. 22

Alicia Martínez Martínez.

SALUD MEDIOAMBIENTAL REPRODUCTIVA: HACIA UN EMBARAZO MÁS SALUDABLE. 23

Miguel Felipe Sánchez Sauco.

IMPLEMENTACIÓN DE LA VERSIÓN CEFÁLICA EXTERNA PARA DISMINUCIÓN DE LAS CESÁREAS POR PRESENTACIÓN PODÁLICA A TÉRMINO 32

Rocío López Pérez..

PROYECTO DE IMPLANTACIÓN DE LA GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS EN LACTANCIA MATERNA DE LA ASOCIACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERAS DE ONTARIO (RNAO)®, EN EL ÁREA III DE SALUD LORCA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MURCIA. 38

Juana María Martínez Abellán.

PREVENCION DE NUEVO EMBARAZO EN MADRES ADOLESCENTES. 47

Presentación García Martínez.

CARACTERÍSTICAS Y OBJETIVOS DEL PIAM 2012. 50

Juan José Pedreño Planes.

LA MATRONA EN EL PIAM. 53

María Nieves Muñoz Rodríguez.

ENFOQUE BIOPSICOSOCIAL DEL ACTUAL PIAM. 55

Amor Gea Serrano.

UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL Y TRABAJO EN EQUIPO.

MAGDALENA MOLINA OLLER.

Ginecóloga. Jefa de Estudios en funciones de la Universidad Multiprofesional de Obstetricia y Ginecología de la Región de Murcia.

En los últimos años estamos asistiendo a un importante cambio en la organización de la formación de residentes médicos de Obstetricia y Ginecología y de residentes enfermeros de Obstetricia y Ginecología (matronas). El cambio más significativo ha sido la publicación en el BOE del **RD 183/2008,** de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada, que introduce cambios sustanciales en la organización de la formación de estos residentes.

Este RD propone nuevos retos en la formación de residentes para adaptarse a la nueva realidad social de nuestros días, basándose en la **adquisición de competencias** (conocimientos, habilidades y actitudes) y con una visión multidisciplinar y multiprofesional.

Desarrolla un nuevo concepto de unidad docente: la **Unidad Docente Multiprofesional**, específicamente para algunas especialidades que deben trabajar en equipo en un área asistencial común, como es el caso de la Unidad Docente Multiprofesional de Obstetricia y Ginecología donde se formarán médicos residentes de O Y G y enfermeros residentes de OyG (matrona) y otras como Pediatría, Salud Mental, Salud Laboral, Geriatría y Atención Familiar y Comunitaria.

De las especialidades en las que hay formación en la Región de Murcia, ya se han constituido todas las Unidades Docentes Multiprofesionales que regula el RD, siendo la última en formalizarse la Unidad Docente Multiprofesional de OyG.

En Noviembre de 2013 y tras diversas sesiones y grupos de trabajo con tutores, jefes de servicio, jefes de estudios y responsables docentes, se ha solicitado al Ministerio de Sanidad la **Acreditación** de la **Unidad Docente Multiprofesional de Obstetricia y Ginecología de la Región de Murcia**. El 7 de Noviembre se constituye la Comisión de Docencia y se aprueban los documentos necesarios para la acreditación como las Guías o Itinerarios Formativos del residente (GIFR) de las dos especialidades, los Protocolos de Supervisión de los residentes de ambas especialidades y el Plan de Gestión de la Calidad Docente de la UDMOyG. El mapa de procesos de la UDMOyG, que está incluido en este Plan de Gestión de la Calidad, analiza todas las actividades que debe realizar la Unidad docente para formar a los residentes .

El objetivo principal de la UDMOyG es dar valor al principio de **TRABAJO EN EQUIPO**. El trabajo en equipo es imprescindible para ofrecer una asistencia de calidad en la Atención Sanitaria de la actualidad, por ello debe ser un valor a incorporar desde los primeros momentos de la formación de los dos especialistas (residentes de ginecología y de matrona). Así que la UDMOyG debe buscar los espacios y aprovechar todas las oportunidades para desarrollar este valor, analizando las competencias compartidas y

comunes y respetando las características propias de cada una de las especialidades implicadas.

En el momento actual, en el que se está organizando esta UDMOyG de la Región de Murcia, tenemos una excelente **oportunidad** de favorecer este aspecto de la formación (trabajo en equipo) fomentando el aprendizaje conjunto de residentes en **competencias comunes** (parto, lactancia, anticoncepción, etc) y **competencias transversales** (ética, investigación, comunicación, calidad, etc), aplicando **metodologías docentes innovadoras** que favorezca la comunicación activa entre residentes, tutores y colaboradores docentes, y el autoaprendizaje, como pueden ser el ABP (Aprendizaje Basado en Problemas), grupos de trabajo, sesiones conjuntas, etc.

Para conseguir este objetivo es imprescindible la **colaboración de TODOS los profesionales** que trabajan en los distintos dispositivos docentes de la UDMOyG, tanto hospitalarios como de Atención Primaria, tanto tutores, que son los responsables directos del proceso de enseñanza-aprendizaje del residente, como los colaboradores docentes que son los que están directamente en contacto con el residente durante las rotaciones. El concepto de trabajo en equipo debe ser un valor que debe impregnar las actuaciones de tutores y colaboradores docentes de ambas especialidades para asegurar que el aprendizaje de los residentes no sea sólo de lo que se le "enseña", sino también de lo que ellos "observan" y aprecian en nuestra actitud. Estamos ante un reto importante para mejorar la formación de residentes de ginecología y matronas en la Región de Murcia, teniendo como base la calidad de la formación, ya demostrada, que actualmente reciben.

SEXO Y TERCERA EDAD.

FRANCISCO MARTINEZ AGUILAR.

Médico de Familia. Máster en Sexualidad por la UNED. Especialista Universitario en Gerontología por la Universidad de Murcia.

VEJEZ Y SEXUALIDAD , UNA VISIÓN ANTROPOLÓGICA.

Prejuicios sociales, morales y religiosos siguen acompañando a la sexualidad y también a la vejez. Los ancianos ya no son venerados ni venerables como antaño y al privarlos de su plena participación social, les privamos también de su autoestima, fundamental para mantener una sexualidad satisfactoria. La evolución de los valores culturales en la transición de un mundo rural a otro urbano, ha provocado un importante desarraigo del anciano a su entorno; existe una cierta aversión a la edad y destacan ideas de juventud, vitalidad y belleza , como nuevos valores.

El sexo es biología, pero en los humanos también es cultura; es reproducción y genitalidad, pero también relación y biografía, y recreación, juego y placer, erotismo en definitiva. Nos acompaña siempre, no desaparece con la edad, se transforma y adapta y aunque perdemos rendimientos y capacidades, mantenemos la posibilidad de relación con los demás, la de dar y recibir placer.

Del declive sexual en la ancianidad son mas culpables un entorno social y familiar negativos, que el gradual descenso de las capacidades fisiológicas.

No hay límite sexual para el deseo sexual, la emoción, las caricias, el afecto y el amor.

EN BUSCA DE UNA NUEVA FORMA DE SER HOMBRE.

RAFAEL MARTÍNEZ MARCO.

Psicólogo-Sexólogo. Miembro Del Grupo De Hombres Por La Igualdad De Género.

Mi intervención va a consistir en hablar sobre mi experiencia en los grupos de hombres.

Movimiento que conocí en granada hace ya 4 años, cuando estaba formándome en Sexología. El movimiento de hombres por la igualdad (profeministas en su acepción inicial) surgió a principios de los años 70 en los países nórdicos, por cercanía al movimiento feminista. En España, los primeros grupos de hombres (forma en que tradicionalmente se ha organizado el movimiento) datan de 1985 (Valencia y Sevilla).

Mi acercamiento al grupo no fue fácil, ya que cuesta, hablar en primera persona, no diluir el discurso. Vamos hablar desde tu experiencia, de cómo ves tu mundo y como afrontas tus dilemas desde tu perspectiva de hombre. Una perspectiva patriarcal. Con lo que todo eso implica, con las dificultades que me ha llevado esa visión.

Es un grupo para revisar esa visión. Para buscar otra forma de ser hombre. Creo en un modelo de masculinidad basado en la igualdad, la justicia y la solidaridad. Vamos cambiando mientras recorremos el camino que nos va haciendo más conscientes de nosotros mismos y del mundo que nos rodea.

Mi motivación e interés con un ánimo de superación, mío y del grupo son:

En lo personal:

- Replantearnos nuestras posiciones, actitudes y conductas, que, entendemos, están determinadas por un proceso de socialización sexista y patriarcal.
- Aceptarnos a nosotros mismos como sensibles, afectivos y también vulnerables. Intentar romper con el modelo de fortaleza masculina. Somos personas y, como tales, en nuestras vidas coexisten momentos de fortaleza y seguridad con otros de inseguridad, miedos, tristeza, frustración,…

En lo social:

- Promover una sociedad en la que consigamos una igualdad real entre hombres y mujeres, luchando activamente contra toda clase de discriminación y violencia.
- Fomentar el cambio en los hombres hacia posiciones favorables a la igualdad, apoyándonos en ese proceso.

¿Cómo funcionamos?

Reuniones:

- Nos reunimos cada tres-cuatro semanas en nuestras casas para tratar temas que nos afectan a nivel personal (paternidad, cuidados, violencia de género, sexualidad...). Estos temas se expresan desde el punto de vista vivencial, ¿Cómo siento? ¿Cómo vivo? ¿Cómo actúo? Aprendiendo y compartiendo los unos de los otros.

Grupos de trabajo:

- Estos se encargan de profundizar en los temas que resulten relevantes e interesantes, organizándolos de tal forma que puedan ser divulgados.

Ocio:

- Cenas, paseos, visitas, convivencias, encuentros mixtos, viajes,…

Campañas:

- Participación en actos reivindicativos encaminados a favorecer la igualdad entre hombres y mujeres (manifiestos, manifestaciones, artículos, recogida de firmas, charlas, y talleres).

¿Qué ofrecemos?

- Ofrecemos la posibilidad de que otros hombres formen parte de nuestro grupo o colaborar en la formación de nuevos grupos de hombres.
- Charlas y talleres sobre temas como: grupos de hombres, paternaje, violencia de género, corresponsabilidad doméstica, coeducación y cuidados.

Un hombre por la igualdad es aquel que:

- Se acepta a sí mismo como producto de su tiempo y cultura.
- Ha iniciado un camino personal de búsqueda y replanteamiento interno de sus valores, esquemas, mecanismos, conductas y pensamientos.
- Mantiene una actitud de cambio en sus relaciones con las mujeres, en las que ya no tolera ningún tipo de desigualdad en razón del sexo.
- Apoya activamente las justas reivindicaciones de las mujeres contra el sexismo. Comprende que no basta con las palabras y que es necesario que los hombres se posicionen activa y públicamente sobre el tema.
- Está aprendiendo a verse como un ser sensible, afectivo y, sobre todo, vulnerable. Además, está intentando superar su tradicional aislamiento emocional.
- Ha iniciado un proceso de replanteamiento de la relación con sus hijos e hijas. Ya no acepta continuar con un papel secundario e intenta que la relación sea más completa, aprendiendo a implicarse directamente con ellos y ellas.
- Intenta ir superando el miedo y el rechazo ante situaciones de cercanía y complicidad con otros hombres. Comprende que la compañía y la ayuda de otros hombres le es necesaria para su desarrollo vital. Acepta su apoyo y está aprendiendo a no verlos como competidores.
- Avanza en un proceso de renovación de su sexualidad, intentando vivirla de forma más natural y plena, sin los determinantes que el modelo tradicional masculino le ha impuesto.
- Ha comenzado a cambiar su actitud hacia la homosexualidad, reconociendo que las personas homosexuales sufren una situación de discriminación que ha de ser combatida activamente. Analiza su relación personal con este tema.

- Y, por supuesto, ha adoptado una actitud de tolerancia cero hacia la violencia de género que ejercen los hombres sobre las mujeres. Ha comprendido que "el silencio nos hace cómplices".

Y en definitiva ...

Es un hombre que tiene un proyecto de cambio personal y lo está llevando a la práctica. Por ello se replantea una gran parte de sus posiciones, actitudes y conductas, que entiende están determinadas por su proceso de socialización sexista y patriarcal.

Su objetivo es construir una sociedad en igualdad en la que se haya conseguido superar los roles de género y, para ello, entiende que primero ha de cambiar él.

LA EDUCACIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES.

ALICIA MARTÍNEZ MARTÍNEZ.

Matrona y Terapeuta sexual.

Mientras que desde diversas instituciones internacionales, como la OMS en el año 2000, se insta a los gobiernos de todo el mundo a la difusión y defensa de los derechos sexuales y reproductivos, y a su vez se acuña el término de salud sexual como fuente de salud y bienestar; mientras en nuestra sociedad actual, todavía se sigue repitiendo la batalla entre aquellos que piensan que el conocimiento sexual es bueno y los que lo ven como una herramienta peligrosa.

A lo que tenemos que añadir un factor contradictorio respecto a la promoción de la educación sexual, y es que los intereses social-político-culturales de cada gobierno son oscilantes respecto a la mayor o menor importancia que se le concede a esta, dependiendo del momento. Por lo que se convierte en una difícil tarea el implantar la educación sexual dentro del proyecto curricular de los centros, debido a esa tensión entre la necesidad y la imposibilidad de la misma.

No obstante, muchos profesionales hacen educación sexual e intentan transmitir sus conocimientos a los jóvenes. Pero, ¿porqué no disminuyen de forma sustancial las conductas de riesgo, la violencia de género y las actitudes homofóbicas entre los adolescentes?; ¿qué modelo de educación sexual les estamos transmitiendo?

Puede que nos estemos basando en un modelo preventivo, centrando principalmente en los peligros y en el lado oscuro, y estemos olvidando transmitir valores de la sexualidad como son la felicidad, el placer, la salud y el bienestar. Los cuales, les ayuden a descubrir y desarrollar sus potenciales para el desarrollo de las competencias para la vida, las cuales se sustentan en conocimientos, habilidades y cuestiones éticas a nivel afectivo- sexual.

Por ello vamos a analizar, no solamente las dificultades de los jóvenes, como pueden ser: falta de habilidades de comunicación, negociación y de asertividad, su no percepción de los riesgos, la necesidad de aprobación por parte de su grupo de iguales, sus prejuicios… sino también, con las que estos se encuentran cuando acuden a recibir información sexual por parte de los profesionales adultos, tales como: falta de habilidades de comunicación y de reconocimiento de los derechos sexuales de la población joven, inhibiciones en la materia por sus propias limitaciones, creencias y actitudes; no aceptación de la madurez de los jóvenes…

Por lo que se hace necesario reflexionar sobre las competencias necesarias por parte del profesional, para un afrontamiento saludable de la sexualidad, desde un modelo educativo sexual integral, que permita dotar a los jóvenes de las competencias necesarias para desarrollar y tomar decisiones acerca de sus necesidades afectivas y sexuales.

Finalmente, admitir que todavía nos queda mucho que mejorar con respecto a la educación sexual en adolescentes, pues como muestran los resultados de la Encuesta nacional de salud sexual de 2011, continuamos transmitiendo formas de vivir la sexualidad marcadas todavía por los estereotipos y roles de género tradicionales lo que expresa relaciones sociales de desigualdad entre mujeres y hombres. Por lo que quizás antes de educar a los más jóvenes deberíamos repasar nuestra propia biografía sexual.

SALUD MEDIOAMBIENTAL REPRODUCTIVA: HACIA UN EMBARAZO MÁS SALUDABLE.

SÁNCHEZ SAUCO MF.; PERNAS BARAHONA A.; JAIME VEGA DC.; CARCELES ÁLVAREZ A.; CANOVAS CONESA A.; ORTEGA GARCÍA JA.

Area de Salud I Murcia Oeste.

1. Datos generales: ¿En qué servicio/s se realizó el trabajo? ¿Qué profesionales o grupos han estado implicados? ¿Cuántos profesionales han participado en la experiencia? ¿.....?

La Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica (PEHSU en su acrónimo en Inglés de Pediatric Environmental Health Specialty Unit) coordina un programa integral de Salud Medioambiental Reproductiva (SMAR) dirigido a mejorar la salud reproductiva y sexual desde la etapa preconcepcional, embarazo y lactancia materna y adolescencia en el Área 1 Murcia-Oeste y con vocación de referencia regional, nacional e internacional. Físicamente ubicados en el hospital clínico materno-infantil Universitario Virgen de la Arrixaca. Pretende mejorar la calidad ambiental y de vida del individuo con especial atención durante los periodos críticos del desarrollo intrauterino, lactancia y desarrollo sexual de la infancia-adolescencia. Incluye actividades de consulta médica, enfermería y matrona personalizada y telefónica. El programa SMAR incluye 3 consultas situadas físicamente en la 1º, 2º y 4º del hospital maternal. Responde a consultas sobre seguridad química o de fármacos durante el embarazo, lactancia o desarrollo del individuo, consultores de lactancia materna, alteraciones del desarrollo sexual y su relación con los factores medioambientales modificables, detección integral de riesgos medioambientales durante el embarazo y lactancia, alteradores endocrinos durante el desarrollo infanto-junvenil, prevención y minimización de daño por exposición a tóxicos y alteradores endocrinos durante estas etapas.

Con este programa colaboramos e interactuamos con distintos grupos de interés tanto sanitarios de Atención Primaria como de especializada: ginecólogos, matronas, enfermeras, médicos de familia, psicólogos, pediatras, endocrinos infanto-juveniles, neonatólogos, psiquiatras etc… como no sanitarios: trabajadores sociales, químicos, ambientólogos, estudiantes etc… Todos dentro del ámbito materno-infantil, mayoritariamente de las áreas dependientes del Materno Infantil Hosp. Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (I, VI, VII y IX).

En este foro nos gustaría destacar las actividades de SMAR en la Consulta de Medioambiente y Embarazo coordinada por PEHSU y ubicada en la Unidad de Medicina Fetal del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

2. Descripción del problema o necesidades a las que se buscaba dar respuesta con esta experiencia: ¿Sobre qué necesidades o problemas se pretendía actuar? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Cuál era el objetivo?

El embarazo es un periodo muy especial en la vida de las parejas, no solo por la ilusión y el compromiso que conlleva traer una nueva vida al mundo, sino porque es el momento en el cual se sustentan los pilares de salud de nuestra descendencia.

La creciente conciencia social de la interrelación salud de los niños y medio ambiente hace que cada vez sean más frecuentes en las consultas de pediatría, obstetricia, enfermería y matronas las preguntas y preocupaciones de los padres sobre cuestiones de la salud ambiental durante el embarazo, lactancia o crianza.

El periodo periconcepcional, embarazo, lactancia, y primeros años de vida conforman la etapa de mayor vulnerabilidad del niño a los factores de riesgo medioambientales. El 40% de las enfermedades medioambientalmente relacionadas recaen en los menores de 5 años. Adicionalmente, muchas de las enfermedades crónicas de la vida adulta aparecen de forma larvada o subclínica en las primeras dos décadas de vida y aunque clínicamente se hagan visibles mucho tiempo después, el grueso de las exposiciones de riesgo ocurrieron al inicio de la vida.

Existe un consenso considerable respecto a que las influencias medioambientales durante los periodos críticos del desarrollo, tienen un impacto en la salud humana. Los profesionales de la salud materno-infantil (obstetras, pediatras, matronas y enfermeras), ocupan un lugar estratégico y privilegiado para abordar muchas de las cuestiones de SMAR que afectan en el desarrollo óptimo. Especialmente las matronas, en nuestro medio, son las más cercanas a la mujer embarazada y a su familia. Están en una excelente posición para identificar a los embarazos en riesgo, aconsejar acerca de la mejor forma de reducir o prevenir las amenazas medioambientales y recomendar acciones a los responsables de las políticas de salud.

La herramienta de trabajo fundamental de la consulta de SMAR es la hoja verde en salud reproductiva. La hoja verde es un conjunto mínimo de preguntas sistemáticas que ayudan a identificar e intervenir los principales riesgos medioambientales y se deberían incluir en todos los programas de atención al embarazo, madres lactantes y niño. Estos riesgos se detectan en el hogar, trabajo y entorno de los padres, así como en aquellos hábitos de exposición a sustancias tóxicas como el tabaco, alcohol y droga. La hoja verde permite describir el ecosistema del embarazo y lactancia, teniendo en cuenta las necesidades sentidas de las parejas embarazadas. El objetivo de esta herramienta es mejorar la calidad del embarazo, la salud del nuevo individuo y de su familia (las acciones derivadas para mejorar la calidad de vida de un hijo siempre repercute de forma positiva en la comunidad, lo que no hace alguien por sí mismo, lo hace por su descendencia).

Uno de los puntos clave de la SMAR es incluir a la pareja en el proceso del embarazo. Dar a conocer las importancia biológica (espermatogénesis), ambiental (exposición pasiva así como traer a casa trazas de contaminantes del trabajo a casa), conductual (respecto a los hábitos tóxicos consumir en presencia de la pareja abstinente es igual que ofrecer) y social del hombre en los periodos antes descritos.

La detección precoz de parejas en riesgo medioambiental permite el tratamiento y/o prevención de los factores de riesgo medioambiental implicados.

La consulta de medioambiente y embarazo pretende realizar acciones preventivas y de minimización de daño durante un periodo especialmente vulnerable. Al mismo tiempo impulsa la formación, capacitación e integración de la hoja verde como herramienta de

trabajo básica en las consultas de salud reproductiva en Atención Primaria, con especial foco de atención a las matronas. Idealmente las acciones preventivas de exposición a tóxicos medioambientales durante la etapa reproductiva y previa a la concepción son las más eficaces. Sin embargo, todavía son pocas las parejas que consultan buscando asesoramiento sobre la planificación segura de futuros embarazos.

3. Desarrollo de la Experiencia; ¿Cómo se llevó a cabo la experiencia (material y método, si procede)? ¿Qué fases temporales tuvo el proyecto? ¿Cómo se han medido los resultados? ¿.....?

Las acciones de SMAR han ido tejiendo una red compacta para la detección y manejo de las exposiciones de riesgo medioambientales durante los periodos críticos del embarazo y lactancia dotándola de cuerpo de conocimiento específico, consultas específicas para la eliminación de estas exposiciones y extendiendo la experiencia (formación) a los diferentes rincones de las áreas 1, 6,7 y 9.

La consulta de Medioambiente y embarazo del Programa SMAR es realizada de forma personalizada por un enfermero con formación en Salud Medioambiental y detección de riesgos durante el embarazo. Se define como una consulta clínica de detección, intervención y prevención de exposiciones a riesgos medioambientales en periodos críticos del embarazo: Espermatogénesis (el periodo que ocupa los 70 días previos a la Fecha de Ultima regla), periconcepcional (hasta que se enteran que están embarazados), embarazo y la lactancia.

Esta consulta clínica interviene en las parejas embarazadas de alto riesgo que acuden a la ecografía de 12 semanas de gestación a la unidad de medicina fetal del HCU Virgen de la Arrixaca, enmarcada dentro de una entrevista motivacional que desprende una importante perspectiva de género, complementado el cuidado directo del embarazo con acciones que mejoran la calidad del embarazo de una forma directa o indirecta.

Las diferentes áreas que interviene en la hoja verde de la consulta de Medioambiente y embarazo son: factores socioecómicos, antecedentes obstétricos, radiación ionizante, fármacos/homeopatía/herboristería/suplementos, exposiciones en el trabajo y aficiones, tabaco y otras drogas, exposición al alcohol, exposiciones en el hogar, jardín y huerto y percepción de riesgo medioambiental de los padres.

Las fases temporales del proyecto fueron: La evaluación la herramienta de trabajo (hoja verde) 2006-2008. El inicio de la consulta fué en Noviembre de 2009 y hasta la fecha sigue activo: la detección específica de problemas nos ha hecho reorientar nuevas acciones enfocadas por ejemplo de forma más intensiva a: deshabituación de drogas legales e ilegales, consulta de lactancia materna, programa elijo sano, Consultoría de exposición a riesgos laborales durante el embarazo y/o lactancia.

4. Resultados de la Experiencia: ¿En qué punto de desarrollo está? ¿Qué se ha mejorado?¿Qué difusión se ha dado a la experiencia? ¿Ha habido mejoras en los indicadores? ¿.....?

En consulta medioambiente y embarazo se han atendido 1800 parejas embarazadas de riesgo, 60 embarazos con diagnostico de malformación congénitas, 10 derivaciones del servicio de neonatología por riesgo ambiental detectado en el recién nacido y 67 madres y 15 padres han pasado por la consulta de deshabituación tabáquica en el periodo periconcepcional, embarazo y/o lactancia.

Los indicadores utilizados en la consulta entre otros son los materiales editados disponibles en la página web (http://pehsu.org/wp/?page_id=747), número de personas a las que les llega los materiales: **15000 unidades:** Distribución en áreas sanitarias para programas de embarazo –consulta de matronas y médicos de familia-) **20000 unidades**: Canastillas regalo para recién nacidos (alcance 50% de los RN en la Comunidad de Murcia). Se refiere a las canastillas entregadas al alta en el hospital maternal.**6740** descargas online (2010-2012) de pehsu: http://pehsu.org/wp/wp-content/uploads/folleto_alcohol.pdf

Otro indicador son las personas formadas en SMAR (tabla1).

A nivel global en la población estudiada, los principales factores medioambientales de riesgo detectados en la consulta han sido las exposiciones a drogas legales e ilegales y el uso de pesticidas domiciliarios de forma habitual.

Los datos recogidos en la consulta nos han permitido identificar las exposiciones de las parejas embarazadas y evaluar la calidad del embarazo a medida que se implanta el programa. A continuacion: presentamos los resultados de estudio descriptivo sobre la hoja verde de la exposición periconcepcional a drogas legales e ilegales. hemos analizado dos grupos: 'grupo inicial' de 864 parejas embarazadas desde xi-2009 a vi-2011 (n=864) y 'grupo final' noviembre y diciembre de 2012 (n=150). Estando los resultados en la grafico 2. Identificando la gran cantidad de exposicion a drogas legales e ilegales de nuestra población y la reduccion de la ingesta desde el inicio del programa hasta la actualidad. Esta reducción del consumo de alcohol nos permite evaluar el impacto en la salud de los recién nacidos como evolución (disminución) de las cardiopatías congénitas mas relacionas con la exposición a etanol desde que está en marcha el programa de formación de SMAR (grafico 3).

Además, en la actualidad, en respuesta a los factores de riesgo detectados en la consulta del embarazo, hemos generado un programa de seguimiento para los niños que han sido atendidos en la consulta de SMR y en quienes se ha detectado algún factor de riesgo medioambiental, haciendo énfasis en la exposición a alcohol y drogas ilegales. Este programa asociado, busca evaluar los potenciales efectos sobre la salud prenatal de los factores medioambientales, conduciendo nuestras acciones al mejoramiento de la salud y calidad de vida de los niños y familias de nuestra región.

5. Conclusiones y Aplicabilidad: ¿Se cumplió el objetivo? ¿Qué lecciones se han extraído de la experiencia? ¿Qué difusión se ha dado a los resultados? ¿Se podría aplicar en otros servicios/centros? ¿El proyecto es innovador? ¿.....?

La consulta de Salud Medioambiental reproductiva cumple su objetivo cada ver que una pareja embarazada deja los hábitos tóxicos, eliminan las exposiciones de riesgo laborales, utilizan medidas de protección individual en la huerta.Los consejos breves o intensivos de Salud adquieren un gran valor en este tipo de consulta.

Al ver de forma retrospectiva como se han logrado poco a poco articular los diferentes servicios de atención a la madre y al niño dentro del Hospital, podemos observar como la aplicabilidad y relevancia de la estrategia ha tomado fuerza. Los resultados de la experiencia han sido divulgados en el ámbito científico, hospitalario y en la sociedad, buscando generar en todos los ámbitos una conciencia creciente de los factores ambientales y de la importancia del cuidado durante el embarazo.

Dentro de las lecciones aprendidas, una de las más grandes es la receptibilidad que tienen las parejas a esta atención y a todos los consejos y conductas que surgen a partir de ella.

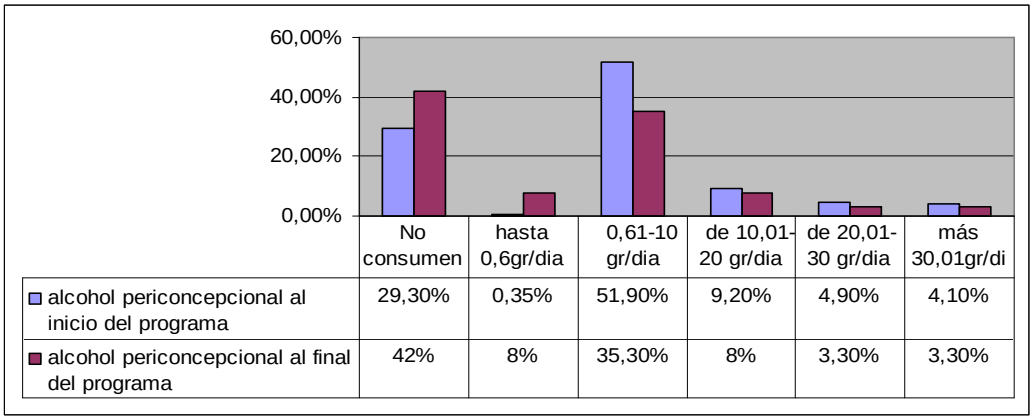
Además, ha sido evidente la necesidad de que desde los diferentes niveles de atención, los diferentes agentes y profesionales de salud actúen en unísono para la protección del embarazo y lactancia y para la adecuada detección y mitigación de los factores de riesgo de esta etapa.

En el anexo 4 se presentan las publicaciones científicas, y premios relacionados con la consulta.

Por lo tanto, es un modelo de atención totalmente y necesariamente reproducible en otros escenarios regionales, nacionales e internacionales. Es un sistema de atención innovador, costo efectivo y pertinente para las necesidades de la sociedad actual.

Actividad	Descripción	Número de entrenamientos	Año	Profesionales formados
Formación continuada del área 1	Entrenamiento en salud Medioambiental Reproductiva. Proyectada a las áreas dependientes del HCU Virgen de la Arrixaca.	20	2010-2013	120
Itinerario de lactancia materna	Entrenamiento en lactancia materna y crianza saludable en formato e-learning	1	2013	30
Encuentro de salud medioambiental pediátrica y reproductiva	Encuentro de profesionales de la salud para la formación y entrenamiento en salud medioambiental pediátrica y reproductiva	3 nacionales 2 internacionales	2010-2013	200
Entrenamiento a nivel Regional y en colaboración con la Dirección general de atención al ciudadano, drogodependencias y consumo de la Región de Murcia: Programa argos nato (Programa transversal de sensibilización en materia de alcohol y drogas ilegales durante los periodos críticos del embarazo y la lactancia)			2010-2013	712
Cursos de capacitación en el manejo de la hoja verde para el embarazo y SMAR	Formación en el manejo de la hoja verde para el embarazo y lactancia. Sesiones internas, Universidad de Murcia y Cartagena		2011-2013	200
TOTAL				1262

En el **grafico 2** aparece la distribución por categorías (gramos/día) de ingesta de etanol en las mujeres embarazadas al inicio del embarazo (periconcepcional).



	No consumen	hasta 0,6gr/dia	0,61-10 gr/dia	de 10,01-20 gr/dia	de 20,01-30 gr/dia	más 30,01gr/di
alcohol periconcepcional al inicio del programa	29,30%	0,35%	51,90%	9,20%	4,90%	4,10%
alcohol periconcepcional al final del programa	42%	8%	35,30%	8%	3,30%	3,30%

grafico 2. Categorías de ingesta de etanol de madres embarazadas al inicio del embarazo**.**

Grafico 3 EVOLUCIÓN DE LAS CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS MAS RELACIONAS CON LA EXPOSICIÓN A ETANOL

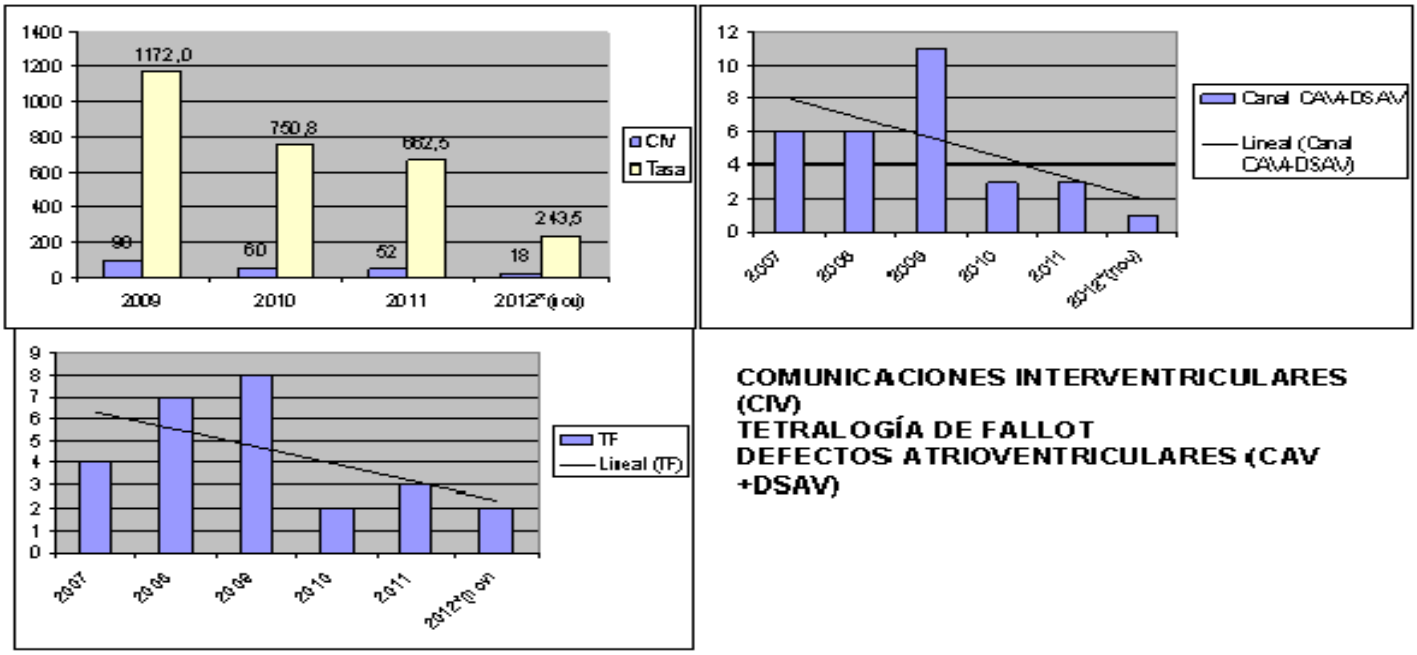


Grafico 3
Gentileza de la Sección de Cardiología Pediátrica, Hosp. Univ. Virgen Arrixaca (tasa por nacimientos al año en el hospital Univ. Virgen de la Arrixaca). Inicio del programa X-2009

anexo 4 Publicaciones científicas y premios relacionados con la consulta Salud Medioambiental y embarazo

Congresos Nacionales e Internacionales	° Congreso de socidrogaalcohol 2013 total de comunicaciones 5 ° Congreso SESA 2013 total de comunicaciones: 2 ° Congreso AEP 2013 total de comunicaciones 4 ° Congreso de socidrogaalcohol 2012: Total de Comunicaciones 4 ° Congreso AEP 2012 total de comunicaciones 1 ° World Congress in Fetal Medicine 2010 total de Comunicaciones: 2
Premios	a 'Programa Argos-Murcia: Prevención del Consumo de Alcohol en la Atención Primaria' Premio Reina Sofía 2011 de la Fundación para la Atención a las Toxicomanías de Cruz Roja Española (CREFAT). Palacio de Zarzuela, Madrid, 2012. b Congreso Socidrogaalcohol 2012 Premio Dr. Joaquín Santodomingo Carrasco La 'bebedora social' embarazada en la Región de Murcia: perfil y resultados en la antropometría neonatal. c Congreso Sociedad Española Sanidad Ambiental. 2º Premio a la mejor comunicación oral de experiencia: La hoja verde como una herramienta clínica para el tamizaje de factores de riesgo ambientales en la consulta prenatal
Publicaciones científicas	a Ortega-García JA, Gutierrez-Churango JE, Sánchez-Sauco MF, Martínez-Aroca M, Delgado-Marín JL, Sánchez-Solis M, Parrilla-Paricio JJ, Claudio L, Martínez-Lage JF.**Head circumference at birth and exposure to tobacco, alcohol and illegal drugs during early pregnancy**.Childs Nerv Syst. 2012 Mar;28:433-9. b Díaz-Gómez NM, Ares S, Hernández-Aguilar MT, Ortega-García JA, Paricio-Talayero JM, Landa-Rivera L; Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. **Chemical pollution and breast milk: Taking positions.** An Pediatr (Barc). 2013 Jun 20. c Ortega-García JA, Soldin OP, López-Hernández FA, Trasande L, Ferrís-Tortajada J. **Congenital fibrosarcoma and history of prenatal exposure to petroleum derivatives.** Pediatrics. 2012 Oct;130(4):e1019-25. d Ortega-García JA, Ferrís-Tortajada J, Claudio L, Soldin OP, Sanchez-Sauco MF, Fuster-Soler JL, Martínez-Lage JF. **Case control study of periconceptional folic acid intake and nervous system tumors in children.** Childs Nerv Syst. 2010 Dec;26(12):1727-33 e Ortega-García JA, Martin M, López-Fernández MT, Fuster-Soler JL, Donat-Colomer J, López-Ibor B, Claudio L, Ferrís-Tortajada J. **Transgenerational tobacco smoke exposure and childhood cancer: an observational study.** J Paediatr Child Health. 2010 Jun;46(6):291-5. f Ortega García JA, Martín M, Brea Lamas A, De Paco-Matallana C, Ruiz Jiménez JI, Soldin OP. **Integrating the environmental clinic history into prenatal counseling and health care in gastroschisis: 2 case reports**. An Pediatr (Barc). 2010 Mar;72(3):215-9. g Martin M, Rodriguez K, Sánchez-Sauco M, Zambudio-Carmona G, Ortega-García JA. **Household exposure to pesticides and bladder exstrophy in a newborn baby boy: a case report and review of the literature.** J Med Case Rep. 2009 Mar 30;3:6626. h Ortega-García JA, Rodriguez K, Calatayud M, Martin M, Vélez D, Devesa V, Sánchez-Alarcon MC, Torres Cantero AM, Galindo-Cascales C, Gil-Vázquez JM, Sánchez-Sauco MF, Sánchez-Solís M, Alfonso-Marsilla B, Romero-Braquehais F. **Estimated intake levels of methylmercury in children, childbearing age and pregnant women in a Mediterranean region, Murcia, Spain**. Eur J Pediatr. 2009 Sep;168(9):1075-80. i López Fernández MT, Pastor Torres E, Sánchez Sauco MF, Ferrís I Tortajada J, Ortega García JA.**Environmental health nursing. Experience in a pediatric environmental health specialty unit**. Enferm Clin. 2009 Jan-Feb;19(1):43-7

Conclusiones / Reflexiones finales

El diagnóstico de exposición a etanol durante la espermatogénesis, embarazo y lactancia y de las enfermedades relacionadas están infradiagnosticados.

La 'hoja verde' es una herramienta útil, barata y fácil de implementar para la detección de drogas y eficaz en la reducción de las exposiciones a tóxicos medioambientales en general, y a drogas legales e ilegales en particular

Se ha incrementado el número de niños con diagnóstico al nacimiento de espectro alcohólico fetal y enfermedad/malformación relacionada con la exposición a etanol.

Es necesario integrar estas competencias en la formación e instrucción de los programas de salud comunitaria materno-infantil de salud reproductiva, embarazo y lactancia del Estado Español.

El nivel de exposición intrauterina a tabaco, alcohol y drogas ilegales es alarmantemente elevado en nuestra población de estudio.

El abordaje del consumo de alcohol durante el embarazo requiere un esfuerzo de comunicación social para incrementar la percepción de riesgo en la sociedad y un abordaje integral en los programa de salud reproductiva y embarazo que incluya a ambos miembros de la pareja.

El alcohol disminuye el perímetro cefálico del recién nacido con una relación dosis-dependiente, no se observa un nivel de bebida sin efecto.

La ingesta de alcohol durante el periodo postnatal disminuye la duración de la Lactancia materna. Los programas enfocados a conseguir una lactancia materna prolongada, deberían contemplar e incluir herramientas de prevención, diagnóstico e intervención en el manejo del alcohol y tabaco.

Agradecimientos

Mi más sincero agradecimiento a todos los padres y madres, a sus hijos y futuros hijos, que de forma generosa contribuyen a dar razón y sentido a lo que hacemos.

A todos los miembros de mi equipo, porque las personas son el valor más importante para trabajar en la creación de ambietnes más saludables para la infancia.

A la subdirectora de Enfermería Materno Infantil, Concepción Martínez Romero, y a todas las matronas del área sanitaria y enfermeras de puérperas por su contribución, entusiasmo y colaboración para desarrollar ambientes más saludables durante el embarazo y la lactancia.

Al Servicio de Obstetricia y Ginecología, y en especial al Dr. Anibal Nieto Diaz reciente jefe de Servicio y al Dr. Juan Luís Delgado por abrir las puertas e integrar en el programa de cribado obstétrico de la Unidad de Medicina Fetal el desarrollo de la hoja verde como una herramienta más al servicio de la calidad asistencial y de mejora de calidad de vida de los actuales y futuros murcianos.

Al Servicio de Pediatría, especialmente a mi jefe Dr. Manuel Sánchez Solís, por dejarme hacer las cosas que hago con absoluta confianza, a mis compañeros staff de Genética Clínica (Dra. Guillén), Neonatología y UCI neo (especialmente a los Drs. Quesada, Brea, Aguera y Alcaráz) por su disposición y colaboración para poder intervenir con los niños y niñas ingresados con patologías relacionada con la exposición a alcohol intraútero. A Maria Luisa Gil Del Castillo por su apoyo en el laboratorio de toxicología de nuestro hospital.

A todos los pediatras de Atención Primaria, enfermeras y matronas que han contribuido y ayudado a crear ambientes más saludables para la infancia.

A mi gerente, D. Jose Vicente Albaladejo Andreu, por facilitar, apoyar y ser valedor desde el principio de esta iniciativa. A la Subdirección General de Asistencia Sanitaria y Coordinadora Regional de Pediatría, Maria Ángeles Chumilla, por facilitar el acceso y abrir espacios de comunicación entre Atención Primaria y Especializada para poder derivar pacientes y familias afectadas de injusticias medioambientales.

A Maria Dolores Oñate, Unidad de Patología Dual del "Hospital de Caridad" de Cartagena y a los compañeros de los CADs por el esfuerzo adicional de coordinación en el abordaje de la pareja embarazada con problemas de drogradicción.

A la Coordinación Regional sobre Drogas de la Dirección General de Atención al Ciudadano y Drogodependencias de la Consejería de Sanidad y Política Social, porque siempre han mirado de forma generosa y asesorado en las mejores opciones. Al Plan Nacional de Drogas, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España por su apoyo financiero a esta línea de investigación y que ha contribuido a crear ambientes más saludables para la infancia.

IMPLEMENTACIÓN DE LA VERSIÓN CEFÁLICA EXTERNA PARA DISMINUCIÓN DE LAS CESÁREAS POR PRESENTACIÓN PODÁLICA A TÉRMINO.

LÓPEZ PÉREZ R.; LORENTE FERNANDEZ M.; SÁNCHEZ ZAPATA MI.

Bloque Obstétrico. Servicio Obstetricia y Ginecología, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

1. DATOS GENERALES

Experiencia llevada a cabo en el Área del Bloque Obstétrico (Paritorio y Urgencias) del Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena, Área II. Se trata de una práctica diseñada por los facultativos de Obstetricia responsables del Bloque Obstétrico, en colaboración con el Servicio de Anestesia y con la asistencia de matronas y enfermería. La experiencia surge de la iniciativa de los facultativos del Bloque Obstétrico y de la Sección de Obstetricia, y ha contado con el apoyo y el impulso de la Jefatura de Servicio.

2. GÉNESIS DE LA PRÁCTICA

Uno de los grandes problemas de la Obstetricia actual es la elevada tasa de cesáreas. La cesárea, además de ser un procedimiento mucho más intervencionista que multiplica aproximadamente por cinco las tasas de mortalidad materna, incrementa la morbilidad y aumenta el consumo de recursos sanitarios, con respecto al parto vaginal. Además influye negativamente en la vivencia del nacimiento por parte de los padres debido a que reduce la participación activa de la madre en el proceso y obliga a separar al padre en la mayoría de las Maternidades. También incrementa las dificultades para conseguir determinados objetivos claramente beneficiosos para el recién nacido como el contacto piel con piel o la instauración adecuada de la lactancia materna.

La tasa de cesáreas está en aumento en nuestra Maternidad. Es un hecho común a muchas otras Maternidades. En Cartagena en 2012 se realizaron 116 cesáreas por podálica, representando el 4.6 % del total de partos.

Presentación podálica y cesárea.

En el año 2000 se publicó el estudio Hannah (1), que mostraba evidencia de menor riesgo fetal si la presentación de nalgas nacía por cesárea y no por vía vaginal. Desde entonces ha existido un abandono marcado de la práctica del parto podálico vaginal. El parto vaginal de nalgas es seguro realizado bajo determinadas condiciones y en centros con experiencia, pero la realidad es que no parece que sea una práctica fácil de retomar, debido a varias razones: el abandono progresivo de esta práctica por los obstetras, la existencia de documentos de Consentimiento Informado en los que se presenta el parto de nalgas con un mayor riesgo, y la opinión global que existe en la sociedad en esta línea.

Los fetos se encuentran con mucha frecuencia en presentación podálica durante la gestación. De hecho, es una presentación más frecuente cuanto más temprana es la edad gestacional. Alrededor de la semana 32 se produce el *volteo fisiológico* por el que la gran mayoría de los fetos se posicionan en cefálica. Se desconoce el motivo último, pero los

cambios anatómicos uterinos van favoreciendo este cambio hacia la cefálica. Sin embargo, un 4-5 % de los embarazos a término persisten en la presentación podálica hasta el final.

La presentación podálica es la causa de cesárea programada más frecuente, y con esta técnica, más susceptible de ser disminuida. En el año 2012 se realizaron 245 cesáreas electivas en nuestra Maternidad, el 47% (116) fueron por presentación podálica.

La Versión Cefálica Externa

La Versión Cefálica Externa (VCE) es una técnica clásica conocida hace décadas, que tras años de desuso se ha recuperado actualmente para reducir las cesáreas indicadas por presentación podálica.

Consiste en un procedimiento de maniobras externas manuales sobre el abdomen de la gestante mediante las que el obstetra hace rotar al feto desde la presentación de nalgas hasta colocarlo en presentación cefálica. Tiene una tasa de éxito que varía de un 30% al 80% (2). No requiere tecnología, sino las manos entrenadas del obstetra y una perfusión de fármaco relajante uterino (tocolisis) ampliamente utilizado en cualquier Maternidad. Es muy útil la analgesia simultánea, ya que aumenta las tasas de éxito al evitar el dolor de la madre.

En España esta práctica está consolidada desde hace unos años en algunas Maternidades de referencia; su práctica está refrendada por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y por la mayoría de Sociedades Científicas Internacionales (RCOG (2), ACOG (3), por lo que nos pareció muy importante tratar de implantar esta técnica, dado que en nuestra Comunidad Autónoma no se lleva a cabo en ningún otro hospital.

Además es conocido el interés creciente de las mujeres y obstetras por realizar conductas en la línea de la Asistencia al Parto Normal (4,5), por lo que este programa de implantación de VCE es una práctica en total consonancia con la adecuada Atención al Nacimiento, a la que nuestra Maternidad pretende aspirar.

3. DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

- Fases de la implantación de la técnica:

a. Formación en la técnica de la VCE.

Los facultativos del Área de Paritorio y Bloque Obstétrico realizaron una estancia formativa de 5 días lectivos en el Hospital Universitario Cruces, de Bilbao, gracias a su gran colaboración y experiencia en esta técnica desde hace años.

b. Diseño del protocolo de procedimiento

Se elaboró de la manera más completa, asimilando la experiencia previa de las Maternidades con más experiencia, teniendo en cuenta la documentación necesaria (informativa, consentimiento informado), ubicación de la versión en el Bloque Obstétrico y plan de contingencia ante una complicación.

c. Establecimiento del circuito de pacientes.

Se elaboró el circuito más sencillo y con menos sobrecarga de trabajo, para que las pacientes vistas en las Consultas de Obstetricia fueran informadas y derivadas al Bloque Obstétrico, donde se realiza la VCE.

Los embarazos con el feto de nalgas en la semana 33 (Visita habitual de control de embarazo en la Consulta de III trimestre) se derivan a Consulta Maternofetal en semana 36 para información detallada y ofrecimiento de la técnica si el feto persiste en podálica. En caso de aceptar el intento de VCE se deriva a la paciente al Bloque Obstétrico. En caso de no desear la Versión externa, la gestante continuará control habitual de la gestación realizándose cesárea electiva no antes de la semana 39.

d. Información

El Protocolo completo, así como el circuito de pacientes, se comunicaron en formato de Sesión Clínica a todo el Servicio de Obstetricia y Ginecología, así como al Servicio de Anestesiología, y a Matronas y Enfermeras de la Maternidad.

Dirigida a los Centros de Salud, también se realizó difusión con charlas de información para familiarizar a todo el personal sanitario que atiende al embarazo, y a las propias gestantes. Creemos que este punto es muy importante e imprescindible para aumentar las posibilidades de éxito de nuestro proyecto. La implantación de una técnica nueva va a requerir adecuada información desde Atención Primaria para evitar dudas, y disfunciones. No es una actividad aislada o anecdótica de unos obstetras cualificados; es una política global de todo el área maternal del área II que debe ser conocida por todas las matronas, médicos de familia y obstetras.

- Descripción de cómo es llevado a cabo el procedimiento:
  - La gestante de 36 semanas con el feto en podálica ha sido vista en consultas, donde se le ha remitido al Bloque Obstétrico. Allí se le da información detallada, un folleto informativo y un documento de Consentimiento Informado. Además se realiza extracción de sangre para preoperatorio y se consulta posible visita por el Servicio de Anestesia.
  - Si la gestante opta por intentar la VCE, se cita en la semana 37 (37.0-37.6) en el Bloque Obstétrico, a primera hora de la mañana, en ayunas. Se comprueba la presentación podálica mediante ecografía, se realiza Monitorización Cardiotocográfica Basal, y si es normal, se procede a poner en marcha el proceso:
  - Se instaura tocolisis IV, y se realiza anestesia (por parte del Servicio de Anestesia), y con control ecográfico, se realiza la VCE, en el área de Quirófano Maternal (Bloque Obstétrico)
  - tras el intento de VCE, sea exitoso o no, se suspende la tocolisis, y se monitoriza a la gestante y la frecuencia cardiaca fetal durante un tiempo. Se da el alta a la gestante, siendo así el procedimiento totalmente ambulatorio.
  - Si se ha conseguido la presentación cefálica se sigue el curso normal del control de la gestación.
  - Si no se ha conseguido el volteo del feto, se programa cesárea electiva más adelante (39.0-40.6 semanas)

4. RESULTADOS DE LA EXPERIENCIA.

Distinguimos los siguientes aspectos:

a. Protocolos y circuitos.

Desde la primera VCE que se llevó a cabo, no surgieron problemas derivados por fallos organizativos ni de recursos materiales. Además todos los profesionales implicados participaron con el máximo grado de compromiso y coordinación.

b. Casuística:

Se recogen todos los casos en una detallada Base de Datos Excel, que se aporta resumida en la Tabla 1.

- Hasta el momento hemos realizado un total de 12 intentos de VCE, en 7 de las cuales se ha conseguido la presentación cefálica.
- Todas las presentaciones cefálicas se han mantenido en cefálica hasta el momento del parto.
- De las 7 pacientes con presentación cefálica, 5 han finalizado la gestación, y todas iniciaron el parto de manera espontánea. De ellas, 4 tuvieron un parto vía vaginal, y una se sometió a una cesárea en curso de parto.
- Se ha interrogado a todas las pacientes sobre si han presentado dolor durante la realización de la VCE, contestando con una escala del 0-10. Todas han contestado 0.
- No hemos observado ninguna complicación fetal. No hemos observado ninguna complicación materna. No se ha producido ninguna RPM (rotura prematura de membranas) ni sangrado vaginal, como consecuencia de la VCE. Tampoco inicio de dinámica uterina ni aumento de tono uterino.

c. Éxito en la técnica, y parto vaginal posterior.

Aun llevando un número muy modesto de casos, consideramos que los resultados son satisfactorios, en cuanto a tasa de éxito (cefálica) y disminución de cesáreas por presentación podálica, así como de complicaciones, maternas o fetales o neonatales, originadas por la VCE.

5. CONCLUSIONES

- La VCE es una técnica no difícil de implantar. Requiere un entrenamiento de los obstetras que puede conseguirse de manera no muy laboriosa, y además no precisa de una inversión en medios técnicos costosos.
- Sí hemos detectado cierta dificultad en la implantación en fases iniciales, dado que es algo novedoso en nuestro medio, y el desconocimiento despierta recelo. Por este motivo pensamos que las estrategias de información son de importancia capital, tanto para pacientes como para personal sanitario.
- En nuestro caso consideramos que se trata de una práctica muy satisfactoria, que aun estamos iniciando, pero que esperamos consolidar progresivamente.

ANEXO

Nº orden	paridad	Variedad	Nº de intentos	ÉXITO	Dolor (0-10)	complicaciones	Presentación (en el parto)	PARTO
1	G1	transversa	4	no	0	no	transversa	Cesárea electiva
2	G1	N completas	2	sí	0	RCTG alterado	CEFÁLICA	VAGINAL
3	G1	N puras	1	sí	0	no	CEFÁLICA	VAGINAL
4	G7 P3 A3	N completas	1	sí	0	no	CEFÁLICA	VAGINAL
5	G5 P2 A2	transversa	3	no	0	no	transversa	Cesárea electiva
6	G1	N puras	1	sí	0	no	CEFÁLICA	CESÁREA EN CURSO DE PARTO
7	G1	N puras	3	no	0	no	podálica	Cesárea electiva
8	G1	N puras	3	no	0	no	podálica	Cesárea electiva
9	G2 P1	N puras	1	sí	0	no	CEFÁLICA	VAGINAL
10	G1	N puras	3	no	0	no	podálica	Cesárea electiva
11	G1	N puras	3	sí	0	no	...	...
12	G1	N puras	1	sí	0	no	...	...

Tabla 1
Casuística de VERSIÓN CEFÁLICA EXTERNA en gestación a término.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hannah.M; Hannah W; Hewson S; Hodnet E; Saigal S; Willan A. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Lancet,2000,356,1375-1383
2. External Cephalic Version (ECV) and Reducing the Incidence of Breech Presentation. RCOG Guidelines. 2006.
3. ACOG Practice Bulletin. External cephalic version. Int J Gynecol Obstet 2001; 72: 198-204.
4. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad. 2008.
5. Guía de práctica clínica sobre la Atención al Parto Normal. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010.

PROYECTO DE IMPLANTACIÓN DE LA GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS EN LACTANCIA MATERNA DE LA ASOCIACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERAS DE ONTARIO (RNAO)®, EN EL ÁREA III DE SALUD LORCA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MURCIA.

MARTÍNEZ ABELLAN JM.; HARILLO ACEVEDO FD.; SÁNCHEZ NAVARRO MC.; HERNÁNDEZ MÉNDEZ S.

Area de Salud III Lorca.

1. DATOS GENERALES:

Alcance y Personas e instituciones implicadas:

Paritorios, Maternidad, Pediatría, Quirófano, Atención Primaria. Enfermeras, Matronas, Ginecólogos, Pediatras, Aux. de Enfermería, Farmacia, Grupos de apoyo lactancia materna, Gerencia del Área III, Dirección de Enfermería, Supervisora Área Calidad, Vicedecana Universidad de Murcia-Facultad de Ciencias Sociosanitarias, Centro Colaborador JBI-INVESTEN-ISCIII.

2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

La Lactancia Materna (LM) es la forma de nutrición ideal para los lactantes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que los lactantes reciban lactancia materna exclusiva hasta los seis primeros meses de vida. Así mismo, está demostrado que los centros e instituciones deben aspirar a recibir la acreditación de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia ® IHAN. La obtención de la acreditación Hospital Amigo de los Niños para el Área III de Salud y específicamente para el Hospital Universitario Rafael Méndez de Lorca es un logro al que aspira poder llegar.

En el Área III de Salud Lorca se realizó una evaluación de la organización con los criterios de la UNICEF para obtener la acreditación Hospital Amigo de los Niños de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia ® IHAN. En dicho informe pudimos valorar aquellos criterios que no se cumplen, especialmente por la variabilidad de la práctica entre profesionales, aunque se continúe trabajando por mejorarlo.

De dicha evaluación y en un primer diagnóstico se observa que:

- El porcentaje de recién nacidos que al alta son amamantados con lactancia materna exclusiva es inferior al esperable 40,95% (726 casos de 1173 niños nacidos vivos)
- No existen registros sistemáticos de los biberones solicitados por la madre o familiares, ni de su justificación para ello.
- Escasa cumplimentación de los registros sobre la información aportada a las madres, problemas detectados y soluciones aportadas para el amamantamiento.
- Se es permisivo o no se hace un control exhaustivo del uso de chupetes y complementos con tetinas que los familiares y las madres traen.
- En el momento del alta no existe un protocolo de información sobre grupos de apoyo u otros medios de ayuda domiciliaria.

Por otra parte, el Centro Colaborador Español JBI convocó a nivel nacional en 2011 a las instituciones interesadas a ser candidatas a Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados. Siendo el objetivo de esta acción fomentar, facilitar y apoyar la implantación, evaluación y mantenimiento, en cualquier entorno de la práctica enfermera, de buenas prácticas en cuidados, basadas en las Guías de RNAO, pretendiendo con ello crear una Red Nacional de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados que fidelice el uso de prácticas basadas en los mejores resultados de la investigación en cuidados. La RNAO ofrece alrededor de 44 GPC y de entorno laboral traducidas al español por INVESTEN-ISCIII.

El Área III de salud de Lorca del Servicio Murciano de Salud, junto con la Facultad de Ciencias Sociosanitarias del Campus de Lorca, Universidad de Murcia, en concreto con el título de Grado en Enfermería presenta una candidatura conjunta a Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados (CCEC) para la implantación, evaluación y difusión de 5 Guías de Buenas prácticas en Cuidados de RNAO. Formando así parte de un Proyecto avalado por instituciones nacionales e internacionales de referencia en la aplicación de la evidencia en los cuidados de salud como Investén-isciii, el Centro Colaborador Español JBI para los Cuidados de Salud basados en la Evidencia, y la Asociación de Enfermeras de Ontario (RNAO).

Esta candidatura fue una de las 8 seleccionadas a nivel nacional entre 44 solicitudes para participar en la misma. Entre ellas: Hospital Rafael Méndez de Lorca y Universidad de Murcia (Murcia) G.A.E. Áreas de Salud Torrelavega-Reinosa. Hospitales Sierrallana y Tres Mares (Cantabria). Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (Castilla La Mancha). Centro de Salud El Bierzo (Castilla y León). Hospital de Medina del Campo (Castilla y León). Hospital Universitari Vall d'Hebron (Cataluña). Hospital Doctor José Molina Orosa (Islas Canarias). Hospital Clínico San Carlos (Madrid).

La selección de las guías a implantar se realizó mediante el consenso de distintos profesionales de diversas áreas de cuidados y de gestión que justificaron la necesidad de su implantación por presentar un área de mejora importante, basados en los resultados obtenidos en la autoevaluación mencionada anteriormente y entre ellas se seleccionó la de Lactancia Materna.

OBJETIVO GENERAL: Implantar las recomendaciones de la Guía de Practica Clínica (GPC) de la **Registered Nurses' Associacion of Ontario (RNAO)**® Lactancia Materna (LM) en el Área de Salud. Establecer indicadores de evaluación del proceso de implantación de la Guía Lactancia Materna. Seleccionar las recomendaciones de la Guía de Lactancia Materna a implantar. Elaborar el Plan de Acción de la Implantación de la Guía. Describir la evolución de los resultados de los indicadores establecidos para evaluar la implantación. Aumentar el porcentaje de recién nacidos al alta amamantado con LM exclusiva. Establecer un protocolo estandarizado sobre LM conocido y aplicado en las unidades seleccionadas. Mejorar la información y la satisfacción de las madres, padres y familiares sobre el amamantamiento. Unificar el sistema de registro y aumentar los niveles de cumplimentación del mismo.

3. DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA:

METODOLOGÍA: Estudio cuantitativo, descriptivo, con cortes transversales antes, durante y después de la implantación de la Guía. Se realizó una evaluación de la organización con los criterios de la UNICEF para obtener la acreditación Hospital Amigo de los Niños de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia ® IHAN. En dicho informe se valoró aquellos criterios que no se cumplen, especialmente por la

variabilidad de la práctica entre profesionales, aunque se continúe trabajando por mejorarlo.

Posteriormente se ha realizó un análisis preliminar de resultados de datos recogidos desde mayo del 2012 hasta febrero del 2013. Análisis observacional, de tipología descriptiva y de evolución. Para la presentación de los datos se utilizó la media y la desviación típica en caso de variables de carácter continuo y frecuencias y porcentajes en caso de variables de carácter discreto. Para el análisis se utilizó la hoja de cálculo de Microsoft Excel 2007.

PROCESO MEDIANTE EL CUAL SE HA DECIDIDO QUE GUIA DEBE INCLUIRSE: Para la elección de esta Guía, en primer lugar, se determinó cuáles son nuestras necesidades a través de diversas herramientas de identificación y priorización de oportunidades de mejora, que se realizan en el centro de forma rutinaria. Además, se han empleado métodos de análisis de problemas de calidad de los cuidados, centrándonos en aquellos resultados con especial implicación para los profesionales de enfermería. También se han obtenido informes de aquellas personas y profesionales clave en el centro y que tienen una visión global del funcionamiento de la institución, los recursos con los que se cuentan y las áreas de priorización según el Plan de Gestión. Se sumaron todos estos factores, teniendo en cuenta además el interés para enfermería, el trabajo previo realizado en este aspecto y los recursos con los que contamos.

UNIDADES Y PERSONAL INVOLUCRADO EN LA GUIA A IMPLANTAR: Para llevar a cabo el Proyecto de implantación y evaluación de esta GBP de RNAO, se ha creado una estructura jerárquica compuesta por diversos equipos de trabajo con distintas responsabilidades. Además de los Comités de Seguimiento y Responsable de Implantación, se contará con un Grupo Específico responsable de la implantación de la guía.

Está previsto que se implante en tres unidades del Hospital: Paritorios, Maternidad y Pediatría en una primera fase y posteriormente implantarlo en Atención Primaria en una segunda fase. La responsable será la Supervisora del Área Obstétrico Pediátrica.

CRONOGRAMA DE IMPLANTACIÓN:

1. Identificar e informar a la organización de la guía de buena práctica, duración: 1 mes. Inicio: 01/03/2011 fin: 01/04/2012. Responsable: equipo básico de implantación.

2. Identificar, valorar y lograr el compromiso de los colaboradores duración: 2 meses. Inicio: 02/04/2012 02/06/2012. Responsable: equipo básico de implantación

3. Valorar si el entorno está preparado para la implantación de la guía duración: 3 meses. Inicio: 03/06/2012. Fin: 30/09/2012. Responsable: equipo de implantación + líder de la GBP.

4. Identificar y garantizar los recursos necesarios para la implantación. Duración: 2 meses. Inicio: 01/10/2012. Fin: 30/11/2012. Equipo de implantación + líder de la GBP.

5. Identificar y planificar estrategias de implantación e identificar los indicadores de estructura, proceso y resultados en salud para la valoración de la guía. Duración: 3 meses. Inicio: 01/12/2012 fin: 28/02/2013. Responsable: equipo de implantación + líder de la GBP+ equipo específico.

6. Evaluación diagnóstica previa de la situación antes de la implantación. Duración: 3 meses. Inicio: 01/03/2013 fin: 01/06/2013. Responsable: equipo de implantación + líder de la GBP

7. Implantación de las estrategias duración: 9 meses. Inicio: 02/06/2013 fin: 02/03/2014. Responsable: equipo de implantación + líder de la GBP+ equipo específico

8. Evaluar la implantación: duración: 3 meses inicio: 03/03/2014fin: 03/06/2014. Responsable: equipo de implantación + líder de la GBP.

9. Análisis de los resultados de los indicadores 3 meses inicio: 03/06/2014 fin: 03/09/2014. Responsable: equipo de implantación + líder de la GBP+ equipo específico.

10. Identificación de oportunidades de mejoras y planificación de estrategias de continuidad. Duración: 5 meses. Inicio: 03/09/2015fin: 01/02/2015. Responsable: equipo de implantación + líder de la GBP+ equipo específico.

11. Presentación de resultados. Duración: 2 meses. Inicio: 01/02/2015 fin: 31/03/2015. Responsable: equipo básico de implantación.

4. RESULTADOS: Se han realizado cortes mensuales de los indicadores establecidos y a un año del inicio de la implantación ya se han obtenido 210 casos, se analizaron 202 (8 no cumplían criterios de inclusión). (***Ver ANEXO 1***).

5. CONCLUSIONES Y APLICABILIDAD:

Como puede derivarse de los resultados (*Ver anexo 1*). Se cumplen en gran medida los objetivos establecidos. Las GPC de la RNAO® contienen recomendaciones sistemáticas que han servido de ayuda a profesionales y pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada en el contexto de la lactancia materna en nuestra organización, además acercando la evidencia a la práctica clínica, para que los profesionales puedan incorporarlas a su práctica diaria.

ANEXO 1. TABLAS DE RESULTADOS

1.1.1. Resultados sociodemográficos

1.1.1.1. Edad de la madre y peso del recién nacido

Descriptivos		
Edad de la madre	Media	29,6
	Desv. típ.	6,04
	Mínimo	17
	Máximo	49
	Rango	32
Peso del recién nacido	Media	3398,3
	Desv. típ.	419,87
	Mínimo	2500
	Máximo	4640
	Rango	2140

1.1.1.2. *<u>País de origen de la madre</u>*

Frecuencias		
	n	**%**
BOLIVIA	1	0,50%
BULGARIA	2	0,99%
ECUADOR	24	11,88%
ESPAÑA	131	64,85%
ITALIA	1	0,50%
MARRUECOS	38	18,81%
NIGERIA	1	0,50%
R.DOMINICANA	1	0,50%
RUMANIA	1	0,50%
RUSA	1	0,50%
VENEZUELA	1	0,50%

1.1.1.3. *Sexo del recién nacido*

Frecuencias		
	n	**%**
Femenino	100	49,50%
Masculino	102	50,50%

1.1.1.4. *Tipo de parto*

Frecuencias		
	n	**%**
Cesárea	50	24,75%
Eutócico	120	59,41%
Instrumental	32	15,84%

1.1.2. Resultados de los indicadores

1.1.2.1. *D1. La primípara o multípara ha recibido una recibido evaluación posnatal (esp_breastfeeding_pro01) (Atención especializada)*

Frecuencias		
	n	**%**
No	5	2,48%
Sí	197	97,52%

1.1.2.2. D2. La primípara o multípara ha recibido una intervención educativa sobre la lactancia materna (esp_breastfeeding_pro02) (Atención especializada)

Frecuencias		
	n	**%**
No	4	1,98%
Sí	198	98,02%

1.1.2.3. D3. El recién nacido (RN) recibió lactancia materna exclusiva en la primera toma (esp_breastfeeding_out01) (Atención especializada)

Frecuencias		
	n	**%**
No	11	5,45%
Sí	191	94,55%

1.1.2.4. D4. El recién nacido (RN) recibió lactancia materna exclusiva en las 24 horas previas al alta (esp_breastfeeding_out02) (Atención especializada)

Frecuencias		
	n	**%**
No	70	34,65%
Sí	132	65,35%

1.1.2.5. D5. El recién nacido (RN) recibió lactancia materna considerada exclusiva en las 24 horas previas al alta (esp_breastfeeding_out03) (Atención especializada)

Frecuencias		
	n	**%**
No	202	100,00%
Sí	0	0,00%

1.1.2.6. D6. El recién nacido (RN) recibió lactancia mixta en las 24 horas previas al alta (esp_breastfeeding_out04) (Atención especializada)

Frecuencias		
	n	**%**
No	145	71,78%
Sí	57	28,22%

1.1.2.7. D7. El recién nacido (RN) no ha iniciado la lactancia materna en las 24 horas previas al alta (esp_breastfeeding_out05) (Atención especializada)

Frecuencias		
	n	**%**
No	190	94,06%
Sí	12	5,94%

PREVENCION DE NUEVO EMBARAZO EN MADRES ADOLESCENTES.

GARCÍA MARTÍNEZ P.; AYLLÓN BERNAL MA.; JULIÁ P.; MARTÍNEZ PULIDO L.; MARTÍNEZ MARTÍNEZ N.; LUCAS REAL MC.

Unidad Ginecológica de Apoyo del Área IX.

Se considera un embarazo en la adolescencia a aquel que transcurre entre la pubertad y el final de la adolescencia (entre los 13 y los 20 años). La mayoría de ellos se consideran embarazos no deseados y suponen un motivo de gran preocupación para las adolescentes en cuanto a su salud ya que se enfrentan a una mayor desprotección por su situación socioeconómica.

Europa tiene de media el menor número de nacimientos entre adolescentes si lo comparamos con el resto de continentes debido a varios factores como mayor accesibilidad a métodos anticonceptivos, educación sexual, estigmatización social de una maternidad prematura etc.; a pesar de ello en España (1) se sigue produciendo un incremento de gestaciones anual (10.673 en 2009, 11.000 en 2010, de los cuales hubo 4.400 nacimientos y 6273 interrupciones voluntarias del embarazo). En Murcia este incremento ha sido aun más dramático ya que se multiplicó por 11 el número de gestaciones interrumpidas a partir de 2002. Actualmente sigue encabezando las listas de de comunidades con mas IVE en casi todas las franjas de edad (6).

Mas de la mitad de embarazos en adolescentes se produjeron en mujeres que no usaban anticonceptivos (2) y la mayor parte del resto de gestaciones no deseadas se deben al uso incorrecto de los anticonceptivos (2). El 23% de las mujeres sexualmente activas (3) admitió haber tenido relaciones sexuales sin protección con una pareja que no utilizo preservativo, mientras que el 70 % de las adolescentes (4) manifestaron que les daba vergüenza comprar preservativos o cualquier otro método anticonceptivo o solicitar información a su médico (5). En muchos casos se usan métodos pero de modo inadecuado de manera que utilizan incorrectamente el preservativo o tienen fácilmente olvidos en la ingesta de las píldoras anticonceptivas.

El drama se incrementa cuando estas adolescentes lejos de seguir un programa de anticoncepción adecuado tras su primera maternidad o IVE vuelven a quedar gestantes en pocos meses y el drama continúa. En un estudio particular descriptivo realizado en el Hospital Virgen Arrixaca** en el año 2006 el porcentaje de nacimientos entre adolescentes alcanzó el 6% (226 nacimientos de los 4000 partos registrados en 6 meses); lo sorprendente de este estudio es que hasta un 20% de estas adolescentes no era su primera maternidad y en un porcentaje similar presentaban IVE previas en los últimos tres años, de lo que se deduce que estas madres adolescentes presentan un alto riesgo de tener una nueva gestación en un futuro cercano.

Al área IX pertenece la población de Cieza, Abarán y Blanca; el número de gestaciones registradas en éste área en el año 2012 fue de 824 y el número total de embarazos recopilados en adolescentes menores de 20 años es de 46, lo que supone el 5.5 % del total. De esos 46 embarazos se interrumpieron espontáneamente 6 y 4 de manera voluntaria, llegando al término un total de 36 gestaciones.

El programa de prevención de una nueva gestación en madres adolescentes se ha realizado en la Unidad Ginecológica de Apoyo de Cieza con la participación de las tres matronas del

área IX, la trabajadora social del centro Oeste de Cieza y la ginecóloga y auxiliar de dicha UGA.

El objetivo del programa es la captación precoz por parte de los profesionales enumerados de las madres adolescentes en el puerperio temprano o en las primeras semanas tras IVE para incluirlas dentro de un programa de anticoncepción a largo plazo diferente a la contracepción oral. Entre los métodos ofertados se optó por aquellos que no dependieran directamente de que la adolescente cumpliera el método puesto que en muchas de ellas se trataba de la segunda y tercera gestación y ya habían usado previamente como método preservativos y anticonceptivos orales con uso discontinuo o incorrecto y la gestación subsecuente. La gran mayoría de estas adolescentes reconocen al ser interrogadas necesitar de un método a largo plazo donde "no tengan que tomar a diario una píldora porque se les olvida frecuentemente su ingesta" (7).

Este programa surgió hace tres años de manera espontánea en la actividad diaria asistencial del personal arriba mencionado el cual está especialmente sensibilizado por la avalancha de gestaciones que se interrumpen semanalmente en nuestra región, especialmente en la franja de adolescentes donde alcanza a veces hasta la mitad de las gestaciones que se inician.

El circuito establecido es muy sencillo puesto que en cuanto se recepciona a una adolescente en el puerperio precoz por parte de las matronas o de un IVE por parte de la trabajadora social se ponen en comunicación por vía telefónica con la UGA y se les facilita una cita cercana para la inserción de DIU, implante subdérmico o anticoncepción depot cada 3 meses; cualquiera de estos métodos se puede administrar a partir de los 40 días del parto (no interfieren con la lactancia) o de 2 semanas en caso de IVE para minimizar el riesgo trombótico. A la misma vez que se las cita para dicha inserción se aprovecha para recopilar datos de su salud reproductiva de manera que se les explica la necesidad de realizar controles citológicos periódicos, la necesidad de usar un doble método anticonceptivo como el preservativo si la pareja no es estable, etc.

La aceptación de este programa a lo largo de estos tres años es muy elevada entre las usuarias y agradecen esta especial sensibilidad del equipo sanitario para orientarlas y redirigirlas con agilidad hacia un método altamente fiable que no les reste atención en su nueva etapa como madres. Más del 90% de ellas continúa con el método anticonceptivo propuesto al inicio del programa a la espera de que decidan por voluntad propia ser madres de nuevo.

Para nuestro equipo es sumamente satisfactorio este plan de prevención puesto que sólo supone un pequeño esfuerzo de coordinación entre sus integrantes con la obtención de unos resultados muy positivos visibles a corto y largo plazo en una población altamente susceptible.

Este plan se debería completar con la ampliación de una actuación preventiva desde el mismo hospital donde se le da el alta a la adolescente en el puerperio inmediato o en las mismas clínicas de IVE, orientándolas ya en el mismo informe de alta a la ingesta de anticonceptivos tan eficaces como la píldora de sólo gestágenos que se puede iniciar poco tiempo después del alta hasta que la adolescente se incluya en el plan de prevención anteriormente descrito con dispositivos a más largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA:

1:EMEA – Informe público europeo de evaluación (EPAR), abril 2009.

2: The potencialof long acting reversible contraception to decrease unintended pregnancy; J. Joshep et al. Contraception sep 2008.

3: Perspectives on sexual and reproductive health, volume 36, number e, May 2004.

4: La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad. Informe de salud para todos en el año 2000. OMS.

5: The national campaign to prevented teen pregnancy. Contraception Review July 13, 2006.

6: Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e igualdad – interrupciones voluntarias del embarazo/ datos estadísticos; 20 sep.2013.

7: Actitud ante la interrupción voluntaria de las madres adolescentes; V Foro de Investigación Educativa en Instituciones Académicas. CFIE-IPN 2010.

**Revisión partos registrados en los primeros 6 meses del año 2006. Estudio particular UGA Cieza

***Revisión gestaciones registradas área IX. Estudio particular UGA Cieza 2013.

CARACTERÍSTICAS Y OBJETIVOS DEL PIAM 2012.

JUAN JOSÉ PEDREÑO PLANES.

Médico de Familia. Director Médico Área de Salud III (Lorca). Coordinador PIAM.

La atención a las mujeres es prioritaria en todas y cada una de las etapas fisiológicas de su vida, y especialmente cuando acontecen patologías específicas, ya que presentan tasas de morbilidad superiores a los hombres en enfermedades endocrinológicas, autoinmunes, aparato circulatorio, osteomuscular y trastornos mentales. Esta mayor afectación de las mujeres se debe tanto a factores psicológicos como sociales y de género, "en la medida en que el papel tradicional de las mujeres en las sociedades las expone a más tensiones, al tiempo que les resta capacidad para modificar su entorno estresante, así como la alta tasa de violencia doméstica y sexual a que están expuestas" (OMS 2001).

Las diferentes etapas del ciclo vital en la mujer determinan unas necesidades y demandas específicas de los servicios sanitarios, con independencia de las prestaciones que se realizan a la población general. Debido a estas necesidades físicas, psicológicas y sociales, la atención a la salud de la mujer se desarrolla fundamentalmente en aspectos preventivos y de promoción de la salud, sin menoscabo de la atención curativa y rehabilitadora de los problemas de salud detectados.

Durante el año 2012, más de 40 profesionales de Atención Primaria y Atención Hospitalaria de la Región de Murcia han trabajado conjuntamente en reuniones periódicas para elaborar el Programa Integral de Atención a la Mujer (PIAM). Médicos/as de familia, matronas/es, ginecólogos/as y trabajadoras sociales de las nueve áreas de salud han participado en este programa. Pero, se trata de un programa dinámico y abierto a todos los profesionales que están comprometidos con su desarrollo y seguimiento.

El propósito es contribuir a mejorar la atención prestada en la Región de Murcia a las mujeres en las diferentes etapas de su vida, cimentados en la calidad, la igualdad y la coherencia tanto asistencial como económica. De hecho, la unificación de criterios en las pautas de actuación de los diferentes subprogramas que lo conforman y la ordenación de las exploraciones complementarias necesarias en cada proceso, mejora la calidad asistencial y reduce el gasto.

Homogeneizar el PIAM en todas las Áreas de Salud facilita los mismos consejos y servicios a todas las mujeres, garantizando una atención global sin discriminación por razones geográficas, clase social, nivel de estudios, nacionalidad o con especiales dificultades. Además, ayuda a los profesionales en la toma de decisiones, siendo fundamental una adecuada coordinación y colaboración entre los dos niveles asistenciales.

El actual PIAM consta de seis subprogramas que van dirigidos a todas las mujeres de la Región de Murcia, a partir de los 14 años de edad. Si bien, cada uno de ellos indica su población diana. El objetivo general es establecer el marco de actuación de la asistencia sanitaria en procesos básicos concretos de la vida de la mujer desde un punto de vista integral que engloba aspectos biopsicosociales, preventivos y terapéuticos.

El primer subprograma es "Atención al malestar biopsicosocial de la mujer". Muchos de los síntomas que manifiestan las personas en las consultas de Atención Primaria no se relacionan con causas médicas. Siendo más frecuente este malestar en las mujeres. Este subprograma pretende promover la salud de la mujer, detectar el malestar biopsicosocial e

intervenir sobre los síntomas mediante una escucha adecuada y trabajando la propia mujer con el/la profesional las diferentes vertientes.

Situar en primer lugar este subprograma nos permite impregnar el PIAM desde una óptica biopsicosocial con perspectiva de género. Contribuyendo a identificar el malestar psicosocial y estudiarlo desde su origen.

El segundo subprograma es "Prevención del cáncer ginecológico". Tres son los tumores ginecológicos sobre los que, actualmente, podemos realizar un diagnóstico precoz: mama, endometrio y cérvix. Es cierto que debemos fomentar la prevención primaria para luchar contra los factores de riesgo modificables que influyen en la aparición del cáncer. No obstante, la identificación temprana de un tumor disminuye la mortalidad; objetivo principal de este subprograma.

"Promoción de la salud sexual. Anticoncepción: información y seguimiento de métodos anticonceptivos", es el tercer subprograma. Se recogen unas recomendaciones de la "Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva"; así como, información sobre métodos anticonceptivos para ayudar a la mujer a evitar enfermedades de transmisión sexual, disminuir los embarazos no deseados o tener un control médico cuando utilizan algún método anticonceptivo.

El cuarto subprograma es "Atención al embarazo, parto y puerperio". En general, esta atención consiste en promover la salud, el bienestar y los estilos de vida saludables desde el comienzo del embarazo incluyendo a las mujeres, sus parejas, criaturas y familia. Es muy importante la colaboración y comunicación entre todos los profesionales de ambos niveles asistenciales. Además, debido a la diversidad cultural que existe en la Región de Murcia, este subprograma aborda la atención a la multiculturalidad en el embarazo, prestando sus servicios de forma integral a todas las usuarias de procedencia inmigrante.

El quinto subprograma es "Atención a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE)". Se diseña un circuito para atender a las mujeres que solicitan IVE, según la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo. No obstante, como la IVE está sujeta a leyes, normas y decretos, no cabe duda que cualquier modificación que surja habrá que implantarla desde el momento de su aplicación. Sin embargo, dentro de las actuaciones de este subprograma se pretende ayudar a las mujeres que solicitan IVE mediante un plan de acogida, autocuidado, información y seguimiento para la práctica de sexo seguro, identificación de los aspectos psicosociales que le condicionan y que acuda a su centro de salud para orientación y asesoramiento de métodos anticonceptivos.

El sexto subprograma es "Atención al climaterio". El aumento de la esperanza de vida ha convertido el climaterio en un capítulo muy importante de la medicina y de la sociedad. Con este subprograma se pretenden promover estilos de vida saludables, disminuir el impacto de los problemas que aparecen en esta etapa y facilitar conocimientos y habilidades que ayuden a las mujeres perimenopáusicas.

Finalmente, el PIAM especifica la estructura, función y dependencia de la Unidad Ginecológica de Apoyo (UGA). Del mismo modo, define su Cartera de Servicios, que se basará en el PIAM (excepto el embarazo) y la patología ginecológica.

Para facilitar la labor asistencial de los profesionales, se ha confeccionado un documento adjunto de Apéndices que recoge consejos, controles o abordajes terapéuticos específicos en "Anticoncepción", "Embarazo, puerperio, lactancia y suelo pélvico" y "Atención prenatal en la mujer inmigrante".

Este Programa se ha de divulgar y sustentar a través de la Comisión Paritaria Regional y las Comisiones de Seguimiento de Áreas que han de estar constituidas por los profesionales sanitarios y no sanitarios del Sistema Público de Salud murciano, evaluándose anualmente los indicadores propuestos en el PIAM. Un objetivo debe ser la participación de las mujeres, lo que también nos va a permitir conocer sus expectativas. Todo esto es fundamental para establecer las líneas estratégicas de los próximos años.

LA MATRONA EN EL PIAM.

MARIA NIEVES MUÑOZ RODRIGUEZ.

Matrona. Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación.

Introducción

La elaboración del PIAM durante el año 2012 en la Región de Murcia ha supuesto la unificación de criterios que pretende conseguir la equidad en la Atención a las mujeres en la Región de Murcia, con la participación de un amplio grupo de matronas representando a cada Área de Salud, Asociación de Matronas e incluso a la Consejería de Sanidad y Política Social.

Se han analizado los diferentes programas y subprogramas dotándolos de las últimas evidencias científicas, y esto, unido a la potencialidad de las sinergias entre los diferentes grupos profesionales que participan en el mismo, ha hecho que se debatan no sólo los procedimientos a llevar a cabo, sino el desarrollo de las competencias en colaboración con todo el equipo multidisciplinar, teniendo como punto de partida la salud de la mujer, teniendo en cuenta que una de las competencias principales de la matrona, es participar en programas de salud materno-infantil, de atención a la mujer, salud sexual, reproductiva y climaterio contemplando la perspectiva de género.

Desarrollo

En la mayoría de los Subprogramas que se citan a continuación, la participación de la matrona es relevante en tanto en cuanto se convierte en muchas ocasiones en la profesional que más directamente se encuentra con la mujer, sobre todo en una concreta etapa de su vida, el embarazo. Este hecho supone para la mayoría de las mujeres el primer contacto con una profesional dedicada específicamente a cuidar y atender a la mujer, a sus hijos y por extensión a algunos de sus familiares, lo que puede contribuir a mejorar el conocimiento y reconocimiento de la matrona, no sólo a nivel sanitario sino también social como la matrona de la familia e incluso de la Comunidad.

Atención al malestar biopsicosocial

La valoración biopsicosocial se basa en la detección activa de todos los profesionales que ven a la mujer, en cada consulta o visita para detectar factores de riesgo en cuanto a falta de redes de apoyo, acontecimientos vitales estresantes y detección de violencia de género, entre otras en todas las etapas de la vida de la mujer. Como actividades relacionadas de la matrona cabe destacar el apoyo psicológico que se brinda a la mujer y pareja y la promoción de la participación de los padres/parejas en el proceso de embarazo, parto y puerperio.

Prevención cáncer ginecológico

Dentro de las actividades realizadas por la matrona, para contribuir a la prevención del cáncer ginecológico, se encuentran las recomendaciones en relación a la alimentación, mantener un peso adecuado y la actividad física, restringir el consumo de alcohol y tabaco, y las exposiciones a radiaciones ionizantes y plaguicidas y la promoción de la lactancia materna.

La captación debe ser realizada por cualquier profesional del sistema sanitario para proponer la inclusión de las pacientes en el programa según protocolo. Para identificar precozmente a la población de riesgo y/o de mayor vulnerabilidad, es fundamental conocer los factores de riesgo incluidos en el PIAM, y participar y colaborar con el equipo asistencial en el seguimiento de los problemas ginecológicos conociendo el circuito de derivación y los signos y señales de alarma en cualquier tipo de cáncer ginecológico. La realización de los exámenes necesarios para el diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino y de las infecciones ginecológicas y de transmisión sexual entra dentro de las actividades realizadas por la matrona.

Promoción de la salud sexual. Anticoncepción, información y seguimiento de métodos anticonceptivos, colaborando en la realización de actividades de promoción, prevención, asistencia y recuperación de la salud sexual y reproductiva de la mujer.

Atención al embarazo, parto y puerperio. Incluida la Vía Clínica de Atención al Parto Normal de la Región de Murcia. Educación maternal.

Atención a la interrupción voluntaria del embarazo. IVE. Realizar educación sanitaria en los diferentes problemas de salud ginecológica.

Atención al climaterio para detectar las necesidades y problemas más frecuentes relacionados con la sintomatología en el climaterio y asesorar sobre el tratamiento de los mismos.

ENFOQUE BIOPSICOSOCIAL DEL ACTUAL PIAM.

AMOR GEA SERRANO.

Trabajadora Social de los Centros de Salud Espinardo y Santomera. Área I-Murcia-Oeste y Área VII-Murcia-Este.

Tal y como queda recogido en el actual PIAM, las mujeres presentan tasas de morbilidad superiores a los hombres en enfermedades endocrinológicas, autoinmunes, aparato circulatorio, osteomuscular y trastornos mentales. Esta mayor afectación de las mujeres se debe tanto a factores psicológicos como sociales y de género, "en la medida en que el papel tradicional de las mujeres en las sociedades las expone a más tensiones, al tiempo que les resta capacidad para modificar su entorno estresante, así como la alta tasa de violencia doméstica y sexual a que están expuestas" (OMS 2001).

Este Programa Integral de Atención a la Mujer se sustenta en un marco teórico biopsicosocial con perspectiva de género, basado en la idea de que la salud de la mujer no sea atendida sólo desde un modelo biomédico centrado exclusivamente en la fisiopatología. Es preciso insistir en la importancia de aplicar este nuevo enfoque, en el que se plantea que la salud de las mujeres está condicionada no sólo por características biológicas, sino por el contexto cultural, social, político y económico en que viven; siendo esta perspectiva acorde con la que se promueve desde los organismos internacionales (OPS, OMS, ONU,…), la legislación nacional y regional (Ley Orgánica 3/2007), europea e internacional, así como por la evidencia científica y expertos.

Desde este enfoque biopsicosocial, el PIAM destaca entre sus objetivos:

- Detectar y abordar el malestar biopsicosocial que esté afectando la salud de las mujeres.
- Formar y sensibilizar a los/las profesionales del SMS en una adecuada atención a la salud de las mujeres desde el modelo biopsicosocial con perspectiva de género.

Para dar cumplimiento a estos objetivos y en definitiva para facilitar esta mirada a los determinantes psicosociales de la salud de las mujeres, se recomienda realizar una exploración psicosocial básica que podrá realizarse en las consultas de medicina, enfermería, matrona, ginecología, fisioterapia, etc.. Esta exploración nos facilitará la detección de factores de riesgo en:

- Ausencia de Redes de apoyo significativas: familiares y sociales
- Acontecimientos Vitales Estresantes y Dificultades en las Etapa del Ciclo Vital Familiar
- Cribado de Violencia de género (Preguntas RADAR del Protocolo de Violencia de Género de Salud Mental de Murcia).

Para detectar estos factores de riesgo realizaremos las siguientes preguntas:

BREVE EXPLORACIÓN PSICOSOCIAL:

1.- Redes de apoyo significativas: familiares y sociales:

¿Cuenta con personas significativas en su entorno familiar o social que le apoyen?

2.- Acontecimientos Vitales Estresantes:

¿Ha vivido algún acontecimiento importante en estos últimos años que le haya causado importante estrés o malestar?

¿Cómo lo ha vivido y cómo está actualmente?

3.- Preguntas VG

3.1.- ***En general, ¿cómo describiría usted su relación con su pareja?***

- mucha tensión.
- alguna tensión.
- sin tensión.

3.2.- ***Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:***

- mucha dificultad.
- alguna dificultad.
- sin dificultad.

(Normas de corrección: se asigna una puntuación de "1" a las respuestas más extremas (mucha tensión y mucha dificultad) y una puntuación de "0" a las demás opciones de respuesta. La puntuación final oscila entre "0" y "2" y tanto las puntuaciones "1" como "2" son considerados resultados positivos en el cribado.)

3.3.- Si en la actualidad no tiene pareja pero la ha tenido, se puede incluir una pregunta acerca de si ha sufrido violencia por su pareja en el pasado, con una pregunta: ***¿Hay alguna persona de una relación previa que le haya hecho sentir miedo?***

En el caso de que se detecte **malestar psicosocial** en la mujer, definido por Silvia Tubert como ***"aquel sufrimiento que no puede ser descifrado y expresado en palabras y que aparece en el cuerpo como síntomas mal definidos y sin causa orgánica demostrable y que procede de la esfera psicosocial"***, será preciso seguir las recomendaciones del **Subprograma de Malestar biopsicosocial**, consistente en actuaciones de promoción de la salud, atención y asistencia a los síntomas que manifiestan las mujeres sin dejar de mirar nunca, mediante la escucha activa, a los determinantes psicociales que causan dicho malestar, realizar un plan de seguimiento, estar atentos a la detección de la violencia de género, coordinarse, trabajar en equipo y derivar en caso necesario a la Trabajadora Social del Centro de Salud.

Todas estas acciones tienen como finalidad:

- Promover la salud de la mujer mediante el autocuidado y la autoaceptación.
- Ofrecer un espacio de escucha activa y empática que favorezca la no medicalización de la problemática psicosocial de la mujer.
- Favorecer en la mujer el análisis e integración de las distintas situaciones vitales, familiares y/o sociales, que puedan ocasionarles malestar con sintomatología asociada.

Para poder incorporar este enfoque biopsicosocial con perspectiva de género, es imprescindible que cada profesional, no importa desde donde esté desarrollando su trabajo (Centro de Salud, Equipos Directivos, Hospitales, Servicios de Urgencias, etc.), comience por hacer una reflexión y análisis de sí mismo/a, de lo que está haciendo en su trabajo, para continuar preguntándose si quiere o no mejorarlo y cómo. Ese es el comienzo de la excelencia, con independencia de que existan o no protocolos que incluyan este enfoque y lo recomienden.

Para ello, nos puede servir de ayuda el análisis que ya ha realizado BLANCO PRIETO, PILAR en un artículo titulado "La atención a las mujeres que acuden con frecuencia a nuestras consultas. Necesidad de incorporar el análisis de Género. Revista Salud 2000, nº 95. Enero 2004, y que aporta **"Algunos aspectos subjetivos y sociales a tener presentes"** y que a continuación resumimos:

Desde todos los niveles de nuestro sistema sanitario y especialmente desde la Atención Primaria de Salud, podemos promocionar la salud de las mujeres **potenciando su dimensión social:**

- Conociendo y dándoles a conocer las actividades y recursos comunitarios que permitan mejorar su calidad de vida. Así como los recursos de ayuda para situaciones difíciles o de enfermedad (asociaciones de mujeres separadas, grupos de apoyo para cáncer de mama, etc.) la mujer necesita tener actividades y proyectos propios, que sean fuentes de satisfacción, de aprendizaje y de oportunidades de relación.
- Es preciso tener presente las dificultades y temores de las mujeres para incorporarse a lo social (poca confianza en sus capacidades, dificultades para tomar decisiones, etc.). Todo ello tiene que ver con los mandatos de género.
- En ocasiones no es suficiente informar, sino trabajar los miedos, integrando los componentes familiares y sociales, creando grupos de mujeres como espacios intermedios en los que la mujer desarrolle recursos personales y de relación.

Promocionar la salud de las mujeres desde la perspectiva de género es:

- Tener presente lo que piensan, lo que sienten y sus circunstancias personales, familiares y sociales.
- Favorecer que puedan tener actividades y proyectos propios.
- Estimular que otros miembros de la familia compartan las responsabilidades domesticas, el cuidado de los mayores y la crianza de los hijos.
- Ayudarlas a tenerse presentes, dedicar un tiempo a su cuidado y atreverse a expresar sus necesidades o deseos.
- Incluir contenidos de salud (hay déficit importantes en contenidos de alimentación, actividad física, salud cotidiana, remedios para síntomas menores, aspectos emocionales, etc.).

- Evitar los diagnósticos aislados del contexto y la medicalización.
- Coordinarnos con otros servicios de la comunidad (preveer tiempos dentro del horario, organizar espacios de intercambio de experiencias y programas).
- Devolver a la sociedad lo que observamos (determinantes psicosociales que están siendo origen de malestar y patología).
- Reflexionar sobre nuestras actitudes en relación con las mujeres que acuden a la consulta y como podemos orientar nuestra formación para ayudarlas mejor (Pilar Blanco, 2004).

Para ello, los **ESPACIOS GRUPALES PARA MUJERES CON MALESTAR PSICOSOCIAL** , como los que se están desarrollando en Centros de Salud, "Son un lugar primordial para promocionar la salud de las mujeres".

- Ayudan a evitar la medicalización.
- La verbalización de nuestros miedos, problemas, conflictos nos ayuda a irlos elaborando, resolviendo.
- Las mujeres recuperan su palabra y a través de ella su subjetividad.
- El intercambio nos permite entender que no somos únicas, ayudan a analizar los problemas comunes.
- Las mujeres aprenden a comunicarse y relacionarse. A valorar su propia experiencia y la de los demás.
- A crear relaciones significativas entre ellas.
- El grupo apoya en el camino de abordar los cambios necesarios.
- El espacio grupal facilita el descubrir que sus problemas no son sólo individuales, si no también sociales.

COMUNICACIONES ORALES

Comunicaciones Orales. Salón de Actos. C001–C007 61

C001.- OPORTUNIDAD DE MEJORA EN LA RECEPCIÓN Y REGISTRO DE RESULTADOS DE LA CITOLOGÍA CERVICO VAGINAL EN CENTRO DE SALUD. 62
GARCÍA DENIA, JOSÉ; NOGALES MORENO, ANA BELÉN; MORALES HERNÁNDEZ, KATYA; MARTÍNEZ NAVARRO, NAIARA; CAÑADA CÁMARA, ESTHER; MARCOS REQUENA, ÁLVARO.

C002.- CONTACTO PIEL CON PIEL EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA. 64
GIL BUENDIA, MARIA ANGELES; NAVARRO RUIZ, ISABEL; REYES YEPES, JUANA MARIA; TONDA MENA, INMACULADA.

C004.- MUJER Y CLIMATERIO: BIENESTAR EN LA RELACION DE PAREJA. 65
CARAVACA HERNANDEZ, SUSANA; MUESES DISMEY, ALEXANDRA; GARCIA MARTINEZ, MARIA; ORDORICA NAVASCUES, YOLANDA; HERNÁNDEZ VERA, Mª ROSARIO; NICOLAS DELGADO, ENCARNACION.

C005.- LA MATRONA ANTE LA PREVENCIÓN DEL DÉFICIT DE YODO EN EL EMBARAZO. 67
RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, VICTORIA; MOLINA RODRÍGUEZ, ALONSO; GUILLÉN MARTÍNEZ, ASCENSIÓN; MARTÍNEZ AMORES, GLORIA MARÍA.

C006.- INICIO Y PROBLEMÁTICA DE LAS RELACIONES SEXUALES EN EL POSTPARTO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. 69
RUIZ GARCIA, MARIA DEL MAR; BLANCO SORZANO, DAVID; AZNAR ZAFRA, MIRIAM; DELGADO GARCES, MARIA DEL MAR; PEREZ BONILLA, SILVIA.

C007.- EXPERIENCIA DE EDUCACION SANITARIA A GESTANTES Y PUERPERAS EN CENTROS DE AP. 71
GARCIA ALBARRACIN, M DOLORES; CARRASCO LOPEZ, ANGELES.

Comunicaciones Orales. Aula 1. C008–C014 73

C008.- PUERPERIO: EXPECTATIVAS Y CAMBIOS EN LA SEXUALIDAD. 74
UREÑA GALVEZ, SOFIA DOLORES; MARTOS LOPEZ, ISABEL MARIA; PEREZ BERENGUEL, MARIA DEL CARMEN.

C009.- EL ABORDAJE DE LA ANORGASMIA EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA. 75
GOMEZ GARCIA, LORENA ; ROBLES RODRIGUEZ, Mª REMEDIOS.

C010.- EDUCACIÓN SEXUAL DESTINADA A MUJERES EN EDAD MENOPÁUSICA. 76
GARCÍA MOÑINO, Mª DEL CARMEN; NOGUERA VILLAESCUSA, PABLO; ROS BALSALOBRE, MARTA; DE HARO GARCÍA, JUAN PEDRO; CAMPOY QUESADA, MARÍA JOSEFA; MEDIALDEA MIRANDA, PINA.

C011.- VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO POSITIVO: PREVENCIÓN TERCIARIA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA. 78
FERRANDINI PRICE, MARIANA; GONZÁLEZ SALAS, DAVID; MENARGUEZ LUQUE, ALICIA; ROMERO RODRIGUEZ, SONIA; NAVARRO AGUILERA, ISABEL; ROMERO RODRIGUEZ, ANA.

C012.- EL MELA, UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO EFICAZ. 80
PÉREZ BERENGUEL, MARÍA DEL CARMEN; MARTOS LÓPEZ, ISABEL MARÍA; UREÑA GÁLVEZ, SOFÍA DOLORES.

C013.- LEGISLACIÓN Y CONTRACEPCIÓN DE EMERGENCIA. 82
MURILLO DE LAS HERAS, MARÍA DEL MAR; ENRÍQUEZ RODRÍGUEZ, INMACULADA; MARÍN ALONSO, ARIADNA; LAO MOYA, FRANCISCO JAVIER.

C014.- PLANIFICACIÓN FAMILIAR NATURAL: MÉTODOS BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD. 83
ENRÍQUEZ RODRÍGUEZ, INMACULADA; MURILLO DE LAS HERAS, MARÍA DEL MAR; MARÍN ALONSO, ARIADNA.

Comunicaciones Orales. Aula 2. C015–C021 85

C015.- ¿VERDADERA HIPOGALACTIA? ABORDAJE EN CONSULTA DE LACTANCIA: NENONATO DESHIDRATADO POR DÉFICIT DE APORTES. 86
PERNAS BARAHONA, ALMUDENA; SANCHEZ SAUCO, MIGUEL FELIPE; GARRIDO POVEDA, ROSANA; JAIMES VEGA, DIANA CAROLINA; CÁRCELES ALVAREZ, ALBERTO; ORTEGA GARCÍA, JUAN ANTONIO.

C016.- ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE LA GESTANTE Y PUÉRPERA EN ATENCIÓN PRIMARIA A TRAVÉS DE LA TERAPIA GRUPAL. 88
CORRALES RODRIGUEZ, GEMMA.

C017.- ANAMNESIS DE LA GESTANTE: COMPETENCIAS DE LA MATRONA EN LA DETECCIÓN DE SUSTANCIAS ANABOLIZANTES. 90
PÉREZ TERUEL, MARIO; NAVARRO GARCÍA, ALBERTO; ALARCÓN GUIRAO, RAQUEL.

C018.- GESTACIÓN Y ENFERMEDAD DE CHAGAS. 91
ENRÍQUEZ RODRÍGUEZ, INMACULADA; MARÍN ALONSO, ARIADNA; MURILLO DE LAS HERAS, MARÍA DEL MAR.

C019.- LA MATRONA: AGENTE CLAVE EN LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE. 93
SAURA MARTINEZ, ISABEL; GARCIA HERNANDEZ, MARIA CELESTE; LÓPEZ ACOSTA, ANTONIA.

C020.- INYECCION DE AGUA ESTÉRIL EN EL ROMBO DE MICHAELIS ASOCIADO A LA DISMINUCION DEL DOLOR EN LA PRIMERA FASE DEL PARTO. 94
PEREZ BONILLA, SILVIA; AZNAR ZAFRA, MIRIAM; BLANCO SORZANO, DAVID; DELGADOS GARCÉS, MARÍA DEL MAR; RUIZ GARCÍA, MARÍA DEL MAR.

C021.- OBSTETRICIA Y MEDICINA TROPICAL: A PROPÓSITO DE UN CASO. 95
MURILLO DE LAS HERAS, MARÍA DEL MAR; ENRÍQUEZ RODRÍGUEZ, INMACULADA; MARÍN ALONSO, ARIADNA; LAO MOYA, FRANCISCO JAVIER.

Sesión de Comunicaciones Orales.
Salón de Actos.
C001–C007

C001.- OPORTUNIDAD DE MEJORA EN LA RECEPCIÓN Y REGISTRO DE RESULTADOS DE LA CITOLOGÍA CERVICO VAGINAL EN CENTRO DE SALUD.

GARCÍA DENIA, JOSÉ; NOGALES MORENO, ANA BELÉN; MORALES HERNÁNDEZ, KATYA; MARTÍNEZ NAVARRO, NAIARA; CAÑADA CÁMARA, ESTHER; MARCOS REQUENA, ÁLVARO.

OBJETIVOS:

Hasta el año 2011 nuestra percepción, sin resultados de análisis previo del procedimiento seguido para las Citologías Cérvico Vaginales no garantizaba el 100% de su recepción, valoración y registro en OMI-AP, así como el contacto con todas las usuarias cuando los resultados lo requiriesen. En la nueva metodología implantada en nuestro centro desde hace 2 años, y dentro de un periodo máximo de 30 días (desde la toma hasta el registro de resultados), el matrón realiza el registro de la toma, la recepción de resultados, el triage de estos, su registro en OMI-AP, y el contacto con la paciente que debe acudir a consulta médica según resultados.El objetivo del estudio es conocer si la aplicación del nuevo procedimiento ha supuesto una oportunidad real de mejora, con respecto a la práctica anterior.

MÉTODOS:

Hemos llevado a cabo un estudio observacional retrospectivo transversal. Con revisión de las 449 citologías recogidas en el periodo 1 Enero- 30 Junio-2013. A partir de la historia clínica informatizada con la aplicación OMI-AP, se obtuvo la Muestra, procesada con muestreo aleatorio simple, y tras cálculo de n=208, para alcanzar un nivel de confianza del 95% y un porcentaje de error del 5%. Las variables estudiadas: (A) "Registro en OMI-AP de la toma citológica"; (B) "Registro en OMI-AP de los resultados citológicos"; (C) "Tiempo en días desde la toma hasta el registro de resultados". Con 16 profesionales implicados (Matrón, Médicos de familia, MIR de familia y EIR Matrona. Se ha efectuado un análisis estadístico expresado en porcentaje de cumplimiento de las variables estudiadas.

Resultados.

•Variable (A): Si (198) nivel de cumplimiento del 95,19%; No (10) incumplimiento del 4,81%

•Variable (B): Si (205) nivel de cumplimiento del 98,55%; No (3) incumplimiento del 1,45%

•Variable (C): Entre 20-30 días (156) nivel de cumplimiento del 75%; Entre 31-35 días (30) incumplimiento del 14,42%; Entre 36-40 días (17) incumplimiento del 8,18%; Mayor de 40 días (5) incumplimiento del 2,40%

CONCLUSIONES:

En cribado de Cáncer de Cérvix, no podemos asumir sesgos o errores procedimentales, que dejen fuera la valoración de alguna de las citologías tomadas. Esto supondría en el peor de los escenarios, que pudiese quedar fuera del control alguna citología, cuyos resultados alterados quedasen sin respuesta terapéutica adecuada.

En el análisis de las variables (A) y (B) se ha alcanzado un nivel de confianza estadística adecuado. Es preciso revisar porque no se han cubierto el 100% de los registros, y porque existe un mayor porcentaje de incumplimiento en la variable (A).

El análisis de la variable (C), parte de un procedimiento donde se informa a la paciente el día de la toma, que en un máximo de 30 días puede acudir a su médico para la información y valoración de los resultados. Teniendo en cuenta que en la web de resultados aparecen estos dentro de un rango de 20-25 días desde la toma. El 75% alcanzado de cumplimiento representa una significación estadística, susceptible de mejora.

Como conclusión final, inferimos desde el estudio realizado, que el nuevo procedimiento establecido desde 2011, ha mejorado nuestra percepción empírica negativa de los resultados que se obtenían con el anterior procedimiento, y nos proporciona una oportunidad de mejora para corregir porcentajes de cumplimiento a evaluar en posteriores monitorizaciones. Creemos que es una metodología procedimental, que puede ser exportada a otros centros de salud.

C002.- CONTACTO PIEL CON PIEL EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA.

GIL BUENDIA, MARIA ANGELES; NAVARRO RUIZ, ISABEL; REYES YEPES, JUANA MARIA; TONDA MENA, INMACULADA.

OBJETIVOS:

Evaluar la implantación del protocolo Contacto Piel con Piel (CPP) en un hospital de nueva creación.

MÉTODOS:

Estudio cuantitativo descriptico restrospectivo.

Se recogen los datos siguientes del programa de registro de datos del SMS, Selene: tipo de parto y realización de contacto piel con piel, correspondientes a tres periodos, de junio de 2010 a junio de 2011, de junio de 2011 a junio de 2012, y de junio de 2012 a junio de 2013.

Se procesan los datos con SPSS.X

RESULTADOS:

Se demuestra un aumento progresivo del porcentaje del CPP tras la implantación del protocolo, tanto en los partos vaginales como en las cesáreas, siendo en este caso un porcentaje menor.

Se observa que cada vez se demanda más por parte de los padres en las cesáreas, ya en la actualidad por motivos organizativos, no se puede realizar el CPP con las madres en Reanimación.

CONCLUSIONES:

Los profesionales sanitarios deben seguir fomentando el CPP y crear un ambiente propicio de respeto e intimidad, y por supuesto no separar a la madre del bebé en ningún momento (siempre que la salud de la madre y bebé lo permitan). Debemos animar a los padres de RN nacidos por cesárea a llevar a cabo el CPP con sus hijos.

Pero, sobretodo, debemos seguir trabajando para que el CPP en las cesáreas sea realizado con la madre.

C004.- MUJER Y CLIMATERIO: BIENESTAR EN LA RELACION DE PAREJA.

CARAVACA HERNANDEZ, SUSANA; MUESES DISMEY, ALEXANDRA; GARCIA MARTINEZ, MARIA; ORDORICA NAVASCUES, YOLANDA; HERNÁNDEZ VERA, Mª ROSARIO; NICOLAS DELGADO, ENCARNACION.

OBJETIVOS:

Valorar la percepción del bienestar con la pareja.

Valorar la carencia de apoyo emocional en la relación de pareja: Conflicto conyugal.

MÉTODOS:

Formato grupal participativo, basado en el modelo de grupo operativo.

RESULTADOS:

Este proyecto viene derivado de las experiencias de los tres cursos anteriores de Mujeres y Climaterio, realizados en el C.S. La Ñora por el equipo multidisciplinar del centro y con el apoyo de una psicóloga.

A través de esas experiencias hemos constatado la dificultad por parte de las mujeres para expresar todo lo que tiene que ver con los aspectos íntimos, incluida la sexualidad. Por lo que, se decidió hacer un abordaje más amplio en todos aquellos aspectos que tienen que ver con la resolución de las emociones para la siguiente edición.

Este curso consta de 24 sesiones, una semanal de dos horas de duración durante los meses de Octubre a Abril, más una sesión de valoración final y seguimiento en el mes de Junio. Además de una sesión trimestral durante el año siguiente.

Se eligieron mujeres que frecuentan de forma asidua la consulta médica, con sintomatología de malestar biopsicosocial, de entre 45 a 65 años . Es ésta una etapa en sus vidas con cambios profundos en sus relaciones tanto de pareja como personales y familiares. Son mujeres con posibles maltratos en sus relaciones de pareja, familia o entorno.

Se seleccionaron mujeres con una frecuentación en el C.S por encima de la media (7,9 consultas anuales), con sintomatología de malestar biopsicosocial.

De las once mujeres participantes nueve tenían pareja y dos eran viudas.

Se pasó la Escala de Bienestar Psicológico (EBP) que mide tanto el bienestar general de la persona como el económico, laboral y de pareja. Se tomaron dos medidas pretest-postest.

De las nueve mujeres con pareja dos se negaron a contestar la subescala de bienestar con la pareja por considerarla "demasiado íntima". No teniendo relación esta actitud con la situación socio familiar y económica manifestada en las otras subescalas de este mismo test.

Las puntuaciones en la subescala de pareja son muy significativas ya que el 100% de las mujeres consideran como muy baja la calidad de la relación con su pareja.

Según el test, las mujeres participantes consideran que su Bienestar no es el adecuado ya que no se encuentran bien ni con ilusión para enfrentarse a sus quehaceres cotidianos. Manifiestan que el escaso apoyo que reciben de sus parejas les hace más difícil su vida diaria.

Ninguna de las mujeres ha dado puntuaciones altas en dicha escala de pareja.

CONCLUSIONES:

Los aspectos económicos se mantienen igual, aunque, tras el curso, se afrontan con actitud más positiva. En las relaciones de pareja, hay cambios en su actitud pero no son significativos.

El 70% de las mujeres contestaron que los cambios personales tras acabar el curso les hacían sentirse más seguras y con mejor autoestima, pero también habían aumentado las resistencias de su entono familiar: esposo, hijos, padres…etc. a dichos cambios, lo que les ha hecho sentir cierto desamparo en las relaciones.

PALABRAS CLAVE:

MUJERES, CLIMATERIO, ATENCIÓN PRIMARIA

C005.- LA MATRONA ANTE LA PREVENCIÓN DEL DÉFICIT DE YODO EN EL EMBARAZO.

RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, VICTORIA; MOLINA RODRÍGUEZ, ALONSO; GUILLÉN MARTÍNEZ, ASCENSIÓN; MARTÍNEZ AMORES, GLORIA MARÍA.

OBJETIVOS:

Difundir las últimas evidencias y actividades en prevención de trastornos por déficit de yodo en gestantes..

MÉTODOS:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos (PubMed, CINAHL, CUIDEN, Cochrane Plus,) usando como palabras claves los siguientes términos: trastornos por deficiencia de yodo, embarazo, prevención, matrona. Los criterios de búsqueda se establecieron según las bases utilizadas.

Nuestros criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Artículos publicados en los últimos 5 años

- Artículos que estuvieran escritos en español o inglés

Se excluyeron todos los documentos que no cumplían con los criterios de inclusión y aquellos a los que no pudimos acceder a su contenido completo.

RESULTADOS:

En la mayoría de los artículos revisados se resalta la importancia de la deficiencia de yodo en el mundo, de las consecuencias que puede ocasionar la carencia de yodo y cómo prevenirla y tratarla. En varios artículos españoles además se identifican las áreas dónde las gestantes tienen más riesgo de sufrir trastornos por deficiencia de yodo (TDY). Encontramos varias medidas de actuación en cuanto a la prevención, sobretodo desde Atención Primaria, entre ellas: Medidas nutricionales de prevención de TDY en el embarazo; justificación para la suplementación de yodo en el embarazo; recomendaciones de dosis e interacciones y efectos secundarios de la sobredosis y métodos de detección de TDY en el embarazo.

CONCLUSIONES:

Las matronas gracias a nuestra formación adquirimos competencias profesionales específicas. En la práctica clínica es nuestro deber utilizar el mejor conocimiento disponible basado en la evidencia científica; en cuanto a la prevención de los TDY conocemos que el yodo fue erosionado de la superficie de la Tierra por el efecto de glaciaciones, inundaciones y diluvios que a lo largo de millones de años, llevaron la mayor parte de éste mineral a los mares y océanos. Los suelos deficientes en yodo predominan en zonas montañosas, zonas alejadas del mar, y en zonas que se inundan con frecuencia, aunque también puede afectar a las zonas costeras y de las islas.

El yodo es un elemento necesario para la producción de hormona tiroidea. El cuerpo no produce yodo, por lo que es un componente esencial de su dieta.

La OMS considera que la carencia de yodo en el organismo es la principal causa evitable en el mundo de lesión cerebral del niño durante el embarazo y del lactante, así como de problemas en el desarrollo y crecimiento durante la infancia, pudiendo ser incluso causa de fracaso escolar.

Otros efectos de la carencia de yodo en las mujeres incluyen un elevado riesgo de mortinatalidad y aborto natural.

Los trastornos por déficit de yodo pueden afectar al ser humano en diferentes periodos de la vida, incluido el periodo fetal en el que el aporte suficiente de éste mineral debe ser una medida profiláctica por parte de la mujer embarazada.

Es necesaria la yodación universal de la sal de consumo humano y animal. Aún así sigue resultando difícil cubrir las necesidades de yodo de la población a través de la dieta y considerando que las gestantes y lactantes necesitan una ingesta de yodo diaria de 200-300 microgramos se hace preciso asegurar las cantidades mínimas de yodo mediante una suplementación diaria controlada. Los datos epidemiológicos procedentes de poblaciones con ingestas elevadas no han relevado problemas para la embarazada ni para el desarrollo del feto. En el control analítico de la embarazada se recomienda la determinación de la TSH.

C006.- INICIO Y PROBLEMÁTICA DE LAS RELACIONES SEXUALES EN EL POSTPARTO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

RUIZ GARCIA, MARIA DEL MAR; BLANCO SORZANO, DAVID; AZNAR ZAFRA, MIRIAM; DELGADO GARCES, MARIA DEL MAR; PEREZ BONILLA, SILVIA.

OBJETIVOS:

Conocer, identificar y analizar aquellos factores que condicionan y/o determinan el reinicio de las actividades sexuales de las mujeres en el puerperio.

MÉTODOS:

Se realizó una revisión bibliográfica sobre la sexualidad en el postparto mediante las bases de datos Pubmed, Scielo, Dialnet, Google académico, etc. Para la búsqueda se utilizaron como palabras clave los términos sexualidad, postparto, puerperio, cuidados. Fueron seleccionados del total 30 artículos científicos.

RESULTADOS:

Existen diversos factores que muestran una relación con las relaciones sexuales en el postparto. Los factores físicos son los más frecuentemente indicados en la problemática de las relaciones sexuales en el postparto. La evidencia científica muestra que la actividad sexual se retoma antes que las relaciones sexuales vaginales, que pueden llegar a ser reiniciadas por un 94 % de las mujeres a los 6 meses. La probabilidad de no haber reanudado las relaciones sexuales tras 6 semanas desde el parto es mayor en aquellas mujeres que tuvieron un parto con episiotomía o desgarros, en comparación con mujeres que tuvieron un parto con periné intacto. De igual modo, las mujeres que tuvieron un parto con instrumental o cesáreas también se habían planteado la posibilidad de retrasar el reinicio de las relaciones sexuales.

Además de los factores físicos, se pueden encontrar factores culturales, psicológicos y socio-económicos, sin descartar otros factores como el miedo al dolor, miedo a la dehiscencia de la herida perineal, o la depresión puerperal.

La nueva presencia del recién nacido en el momento de realizar las relaciones sexuales, el amamantamiento, las diferentes sensaciones y subjetividades de cada mujer, y las representaciones culturales y religiosas que realiza, son otros factores a tener en cuenta en el puerperio.

Se puede llegar a hablar de diferentes “duelos” por los que la puérpera puede pasar: duelo del hijo como parte del cuerpo, duelo del rol de embarazada, duelo de la identidad de embarazada o el duelo del cuerpo de embarazada. Las parturientas se sienten frágiles, perdidas, extrañas en sus cuerpos, y asexuadas. La pareja de la puérpera no suele entender las razones para no tener relaciones sexuales, y ello hace desencadenar el problema de pareja.

CONCLUSIONES:

Los factores físicos (traumas perineales, cesáreas o episiotomías) no son el único factor por el que se retrasa el inicio de las relaciones sexuales de las mujeres en el postparto, sino que los factores psicológicos (como es el miedo al dolor o la depresión postparto), y los factores de origen sociocultural tienen una gran importancia, por lo que deben ser conocidos y estudiados por los profesionales sanitarios que cuidan mujeres en el puerperio.

Resaltar el rol de la matrona liderando la consulta puerperal para abordar el tema de la sexualidad postparto sin complejos, siendo fundamental detectar aquellos miedos, dudas y dificultades de las mujeres en lo que a planificación familiar y sexualidad se refiere.

C007.- EXPERIENCIA DE EDUCACION SANITARIA A GESTANTES Y PUERPERAS EN CENTROS DE AP.

GARCIA ALBARRACIN, M DOLORES; CARRASCO LOPEZ, ANGELES.

OBJETIVOS:

Realizar una actividad de educación sanitaria a gestantes y puérperas con el fin de: Aumentar el nivel de conocimientos y mejorar la información sobre hábitos saludables en el embarazo, cambios en el mismo y su seguimiento, el parto, la lactancia, los cuidados del recién nacido. Incorporar la participación de los padres y ofrecer la actividad en horarios accesibles a la población. Aumentar los conocimientos sobre la responsabilidad de la matrona en estos procesos y destacar el papel de esta profesional como enlace y referente de las mujeres en el ámbito asistencial.

MÉTODOS:

Métodos: Con el fin de llegar al mayor número de gestantes posibles y hacer de esto una actividad grupal y más amena para ellas, se organizó en AP la educación sanitaria (ES) de la siguiente forma: Se unificó la ES de las gestantes de dos centros de AP en un solo Centro donde se tuviera capacidad para todas. Mensualmente se hacen las siguientes sesiones (al margen de los cursos de Educación maternal que se realizan en todos los Centros de nuestra región): Primer trimestre: Cita a todas las mujeres después de la anamnesis. Contenidos: Información sobre los profesionales que vamos a controlar la gestación, se habla de las matronas que formación tienen y cuales son sus competencias en la salud de la mujer. Protocolos y seguimiento del embarazo. Síntomas normales y de consulta urgente, Vías de consultas urgentes, Alimentación, ejercicio, hábitos de vida saludables durante la gestación. Segundo Trimestre: Se hace una dinámica de grupo sobre LM mitos, expectativas, deseo de lactar. Síntomas normales y síntomas de consulta urgente en el segundo trimestre.

Otras Actividades de ES: Taller de lactancia materna Semanal, donde acuden mamas a lactar con sus hijos y gestantes a partir del segundo trimestre. Consulta abierta de lactancia materna a demanda diaria. Curso de educación maternal, se cita a la gestante en la revisión de la semana 24 , grupos cerrados.

A todas estas actividades se invita a los padres, y dado que no podían asistir en el horario ofertado, se implico a la Concejalía de Igualdad del Ayuntamiento y se organizo unos talleres en horario de tarde/noche para que puedan acudir las gestantes acompañadas de sus parejas .

Los temas a tratar son: Pareja y embarazo, Pareja y parto, Pareja y LM, Pareja y puerperio, Pareja y cuidados del RN.

RESULTADOS:

Llevamos trabajando así 2 años y los beneficios que se han observado son: Gestantes mas informadas y mas tranquilas, Disminución de demandas, Madres / padres preparados para esta etapa tan importante de sus vidas. El padre se involucra más en el cuidado de los hijos haciéndose responsable desde el principio del embarazo, .

La actividad exclusiva con parejas la iniciamos el dia 1 de Octubre y tuvimos 17 parejas en la primera sesion.

CONCLUSIONES:

Dando una informacion adecuada durante la gestacion a la gestante y su pareja tenemos beneficios en el parto, lactancia y cuidados del RN. Mayor implicación y constancia a la hora de la LM. Los profesionales también trabajamos mejor con parejas bien informadas.

Sesión de Comunicaciones Orales.

Aula 1.

C008–C014

C008.- PUERPERIO: EXPECTATIVAS Y CAMBIOS EN LA SEXUALIDAD.

UREÑA GALVEZ, SOFIA DOLORES; MARTOS LOPEZ, ISABEL MARIA; PEREZ BERENGUEL, MARIA DEL CARMEN.

OBJETIVOS:

Los objetivos de este estudio son determinar que aspectos del parto y posparto afectan de forma negativa a la mujer a la hora de iniciar de nuevo su vida sexual.

MÉTODOS:

Revisión bibliográfica. Base de datos PubMed, Cochrane y Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad (Guías, Protocolos y Recomendaciones).

RESULTADOS:

El puerperio es un periodo de grandes transformaciones en los ámbitos fisiológico, psicológico y sociocultural de la vida de la mujer. La sexualidad femenina es un tema amplio que debe ser explotado tomando la singularidad de sus experiencias en los diversos momentos. Tras el nacimiento de un nuevo ser, van acompañantes muchos cambios en la mujer como volver físicamente a su estado anterior al embarazo, esto conlleva una aceptación de la nueva imagen corporal. Otro aspecto a tener en cuenta es el tipo de parto y las complicaciones que hayan acaecido pudiendo darnos información acerca del puerperio, así como la recuperación, posibles traumas perineales ya sea desgarro o episiotomía o periné integro son los diferentes casos. El dolor perineal es un problema que afecta a muchas mujeres para inicial las relaciones sexuales. El inicio de las relaciones tras el nacimiento depende de los sentimientos de la mujer y el bienestar físico de esta. El dolor uterino conocido como entuertos y el sangrado, loquios también retrasan el inicio de las relaciones coitales. Los cambios hormonales también condicionan la respuesta sexual junto con el cambio de rol al que se adapta la mujer, su pareja y el ambiente familiar. El grupo de estudio tardó una media de cuatro meses en iniciar las relaciones sexuales, un 40% de las mujeres dicen haber tenido problemas en su primera relación sexual. Aproximadamente un 57% dice haber reanudado las relaciones sexuales para satisfacer los deseos de su pareja. Con respecto a lo que sentían al reanudarlas miedo de producirse alguna herida interna o no curarse bien periné, útero o a quedarse embarazada de nuevo, preocupación por mantener relaciones sexuales delante del bebé o en la misma habitación donde duerme y el dolor/incomodidad por la cicatriz en la región perineal, la falta de lubricación o la eyección de leche durante el coito.

CONCLUSIONES:

Las mujeres durante el puerperio andan un camino nuevo, debemos escuchar sus dificultades y experiencias, conociendo a su vez su contexto social y cultural para facilitar junto su pareja el cuidado de un nuevo ser y una correcta adaptación.

C009.- EL ABORDAJE DE LA ANORGASMIA EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

GOMEZ GARCIA, LORENA; ROBLES RODRIGUEZ, Mª REMEDIOS.

OBJETIVOS:

Establecer pautas de actuación primaria para abordar la anorgasmia femenina en la consulta de Atención Primaria.

MÉTODOS:

Revisión bibliográfica de artículos publicados en los últimos 10 años, sobre trastorno orgásmico femenino.Búsqueda en bases de datos: medline,scielo y cocharne.

Para la búsqueda se utilizara los siguientes términos: "disfunción sexual femenina""trastorno orgásmico femenino""anorgasmia femenina".

Criterio de inclusión: mujeres que mantiene relaciones sexuales de pareja.Criterio de exclusión:mujeres con periodo de inactividad sexual mayor a 1 año, así como las que padecían algún tipo de trastorno mental.

RESULTADOS:

Muestran que entre el 6-12% de las mujeres nunca han tenido un orgasmo,entre 7-22% no alcanzan el orgasmo por medio del coito, pero si por otros medios,y entre un 10-20% tiene orgasmos coitales de forma irregular.Se puede afirmar que la manera más fácil de alcanzar el orgasmo es a través de la estimulación del clítoris,método utilizado en el 95,2% de las mujeres que se masturban.La inserción digital es una de las formas menos facilitadoras de la respuesta y conduce al orgasmo solo al 0,9%.Otras formulas útiles son la simple presión de las piernas (2.7%) o acariciando los pechos(1,2%).

CONCLUSIONES:

A raíz de los resultados se valora la importancia de la masturbación, como técnica fundamental para acceder al orgasmo.Casi la totalidad de las mujeres que sufren anorgasmia,no se han masturbado con anterioridad.

Debemos resaltar la educación sexual,como el pilar fundamental de nuestra actuación,ya que para la mayoría de mujeres la anorgasmia no constituye un problema de salud. Haciendo mayor hincapié en los grupos más jóvenes, por que la mayor tasa de anorgasmia aparece en aquellas mujeres que comienzan de manera precoz y con un nivel educativo bajo sus relaciones sexuales.La sexualidad requiere de madurez y preparación tanto biológica como psicológica. Dicha actividad fortalece la comunicación y las relaciones humanas.No se refiere a algo instintivo, sino a un proceso de aprendizaje.Este proceso se ha visto restringido por el concepto cultural y social, que tiene el término de sexualidad y orgasmo.Como nos marcan la gran prevalencia de personas que se encuentran inmersas aún en una era sexual donde existen tabúes y perjuicios Por lo que podemos ahondar en las distintas pautas de aprendizaje,así como en la información sexual tanto de forma individual como en pareja. Dicha información se debe presentar de manera objetiva para que así se pueda contribuir a los cambios en la conducta,desechando la ignorancia y confusión que existe en torno a la sexualidad.Es imprescindible ayudar a solventar la culpa o vergüenza en cuanto a la masturbación.Con el fin de alcanzar actitudes y pensamientos pertinentes y aumentar la capacidad de satisfacción orgásmica.

C010.- EDUCACIÓN SEXUAL DESTINADA A MUJERES EN EDAD MENOPÁUSICA.

GARCÍA MOÑINO, Mª DEL CARMEN; NOGUERA VILLAESCUSA, PABLO; ROS BALSALOBRE, MARTA; DE HARO GARCÍA, JUAN PEDRO; CAMPOY QUESADA, MARÍA JOSEFA; MEDIALDEA MIRANDA, PINA.

OBJETIVOS:

Analizar el estado de salud sexual en las mujeres murcianas con edades comprendidas entre 45 y 65 años.

Puntualizar el grado de información de las mujeres sobre el climaterio y la sexualidad en este periodo de su vida.

Informar sobre la función educadora de la matrona en todos los periodos de la vida de la mujer, tanto reproductiva como no reproductiva.

Contribuir como educadores sanitarios a la mejora de la calidad de vida de las mujeres menopáusicas.

MÉTODOS:

Se ha realizado una revisión bibliográfica entre los años 2000-2012, en las bases de datos: Cochrane y Pubmed, y búsqueda en organismos oficiales INE (Instituto Nacional de Estadística) y CREM (Centro Regional de Estadística de la Región de Murcia).

RESULTADOS:

•Un alto % de la población femenina se enmarca en edades cercanas a los 50 años y pasados 20 años, más del 50% de la población estará incluída en este trayecto.

•La transición de la vida reproductiva a la no reproductiva compromete a las mujeres, por razones físicas y psicológicas, a vivir una situación de vulnerabilidad ante diversas desavenencias.

•Existe una creciente medicalización de entidades fisiológicas propias de la vida. La edad mediana de la mujer se debe incluir en esta lista.

•El climaterio se convierte en la actualidad en un problema social y sanitario de impacto.

•Tenemos en nuestra mano orientar a este amplio grupo de población para resolver las dudas, explotar al máximo su autocuidado y potenciar su calidad de vida.

•El conocimiento de las mujeres de la Región de Murcia sobre este sólido acontecimiento es un factor de protección determinante en la instauración de conflictos en su salud.

•El profesional sanitario más indicado para llevar a cabo el seguimiento de estas mujeres es la matrona, ya que cuenta con la formación y los conocimientos necesarios para tal fin.

CONCLUSIONES:

La menopausia es un acontecimiento impactante en la vida de las mujeres. La adaptación a esta nueva condición en la que aparecen cambios físicos y emocionales está fuertemente ligada a factores personales, sociales y culturales. Según las estadísticas, para el año 2021, el 57,1% de la población regional femenina tendrá edades comprendidas entre 40 y 64 años. Por ello es necesario explorar la importancia que tiene en las mujeres la menopausia, de manera que adquieran habilidades para afrontar los conflictos que pudieran surgir en esta etapa, entre ellos su salud sexual, con la finalidad de mantener la

mejor calidad de vida posible.La matrona, como figura de referencia durante la edad reproductiva de la mujer, debe prestar atención a los grupos de mayor vulnerabilidad, ya que en la actualidad nos encontramos en nuestra práctica diaria una población multicultural a la que debemos responder según sus necesidades.

El análisis de las cifras encontradas muestra claramente la existencia de un cambio demográfico a favor del aumento de las mujeres en edad menopáusica, por lo que es necesaria la existencia de una figura que se implique con este grupo de población.

C011.- VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO POSITIVO: PREVENCIÓN TERCIARIA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.

FERRANDINI PRICE, MARIANA; GONZÁLEZ SALAS, DAVID; MENARGUEZ LUQUE, ALICIA; ROMERO RODRIGUEZ, SONIA; NAVARRO AGUILERA, ISABEL; ROMERO RODRIGUEZ, ANA.

OBJETIVOS:

Aumentar los conocimientos en el área profesional sobre la prevención de complicaciones ante un diagnóstico positivo de la enfermedad.

Establecer una lista de acciones encaminadas a aumentar la salud sexual de hombres y mujeres con VPH (virus papiloma humano)positivo independientemente del grado de lesión que produzca.

MÉTODOS:

Se realiza una revisión sistemática de la evidencia científica disponible en las siguientes bases de datos: COCHRANE, MEDLINE y CINAHL.

RESULTADOS:

En relación a la actividad diaria de la matrona en la consulta de atención primaria, realizando la citología cervical, se realizan actividades de educación sexual a diario. Con la misma frecuencia se atiende a población con diagnóstico positivo de VPH con independencia de su grado; dicha noticia se recibe con cierta ansiedad y acuden en busca de información. Es frecuente que la usuaria afectada no cubra las expectativas de información deseada.

La incidencia de cáncer de cuello de útero aumenta a nivel mundial, 500000 casos nuevos por año, la distribución geográfica se asocia al nivel socio económico, nivel cultural y accesibilidad a los servicios sanitarios.

El virus puede aparecer en mujeres y hombres por igual, la tasa estandarizada de cancer de cuello de utero para mujeres es de 15,3/100.000 mujeres.

En el caso de los hombres solo el dos porciento con VPH positivo derivara en un cáncer ano-genital.

Existen alrededor de 130 tipos de VPH, presentando oncogenes el 16 y 18, otros trece subtipos presentan alto riesgo cancerígeno.

El contagio sucede por el contacto piel con piel, necesita el acceso a las células basases para trasmitirse, lo que consigue por microdermo abrasión o desgarros del epitelio escamoso o mucosa. El uso de manos u otros objetos tambien pueden ser vector del VPH.

Tras la exposición al VPH sucede un período de incubacion, dura de uno a ocho meses y puede haber o no signos de infección. Después de este período puede desarrollarse una lesión y desencadenar una respuesta inmunitaria mantenida durante tres a seis meses, seguida de remisión clínica o enfermedad persistente o recurrente.

La infección por el VPH es tan prevalente que aproximadamente del 75% de las mujeres sexualmente activas han tenido algún contacto con el VPH a lo largo de su vida.

El abordaje profilactico y terapeutico de la infeccion del VPH, a menudo resulta vago y plagado de recomendaciones imprecisas, de modo que las expectativas de los usuarios afectados no siempre resultan satisfechas. Este hecho sumado a la incidencia manifiesta de nuevos casos, plantea la necesidad de un consenso entre los profesionales.

Puntos clave a transmitir:

El preservativo no exime del contagio, pero si reduce la carga viral trasmitida.

La presencia del virus no es indicativo de cáncer, depende del subtipo, estado inmunológico del huésped, persistencia de la infección.

En muchas ocasiones la infección de autolimita al cabo de dos años.

Se debe realizar citología seriada.

CONCLUSIONES:

Entre las oportunidades de mejora cabe destacar, de entre las dirigidas al usuario: la persistencia del cribado citologico con la inclusion de un registro para las usuarias previamente vacunadas con el objetivo de explotar datos desde una perspectiva epidemiologica, planteamiento de la recomendacion consensuada de la vacunacion, el abordaje de la pareja sexual en los casos positivos y eduacion sexual en suma; y entre las medidas dirigidas a los profesionales, la implementacion de sesiones para la divulgacion de dichos hallazgos, con el propósito de incrementar la calidad en el servicio prestado en términos de satisfacción y eficiencia de las mejoras.

C012.- EL MELA, UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO EFICAZ.

PÉREZ BERENGUEL, MARÍA DEL CARMEN; MARTOS LÓPEZ, ISABEL MARÍA; UREÑA GÁLVEZ, SOFÍA DOLORES.

OBJETIVOS:

Los objetivos de este estudio son investigar en qué ámbitos afecta la lactancia materna a la sexualidad en la pareja y cómo utilizar un método anticonceptivo natural como es el MELA.

MÉTODOS:

Revisión bibliográfica. Base de datos PubMed, Cochrane y Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad (Guías, Protocolos y Recomendaciones).

RESULTADOS:

Las mujeres que están en amenorrea y no utilizan métodos anticonceptivos, pero amamantan por completo, tienen menos de un 2% de probabilidad de quedar embarazadas en los primeros 6 meses tras el parto.

A ese método de planificación familiar se llamó método de la amenorrea de la lactancia (MELA).

Requisitos para el desarrollo del método MELA:

·No haber tenido aún la regla.

·El niño tiene menos de 6 meses.

·El niño solo toma pecho.

·No usa chupetes.

·No más de 4 horas entre tomas.

La lactancia afecta a la sexualidad en la pareja:

Aparece cansancio, el bebé ocupa la mayor parte del tiempo, hay un periodo de adaptación, desaparece la espontaneidad…

Los niveles de oxitocina están altos y algunas madres experimentan placer al dar el pecho a sus hijos. Es posible que algunas madres no necesiten ningún otro estímulo sexual debido al nivel tan alto de oxitocina que tienen. Esto puede generar desconcierto, y sentimientos de culpa. Incluso puede producirse eyección de leche por el pezón durante el orgasmo.

En el posparto, aumenta la secreción de prolactina que produce una disminución de estrógenos y testosterona. Esto puede causar sequedad vaginal, sofocos, disminución de la líbido…Es importante que la pareja mantenga una buena comunicación, y que busquen otros medios para dar placer, como pueden ser caricias, mimos…

Por último, el pecho, pasa de ser un objeto sexual al medio por el cual se alimenta el bebé. Esto implica que tanto la pareja como la madre pueden sentir que invaden el sitio del bebé.

CONCLUSIONES:

El MELA debería considerarse como una opción de planificación familiar tras el parto, ya que garantiza 6 meses con una alta eficacia de forma natural y sencilla.

Las relaciones sexuales en la mujer que lacta están alteradas tanto a nivel hormonal como a nivel psíquico, así que es imprescindible mantener una buena comunicación con la pareja para garantizar una sexualidad satisfactoria.

C013.- LEGISLACIÓN Y CONTRACEPCIÓN DE EMERGENCIA.

MURILLO DE LAS HERAS, MARÍA DEL MAR; ENRÍQUEZ RODRÍGUEZ, INMACULADA; MARÍN ALONSO, ARIADNA; LAO MOYA, FRANCISCO JAVIER.

OBJETIVOS:

Conocer los beneficios de la contracepción de emergencia.

Conocer la legislación anterior y vigente respecto a la píldora del día después.

MÉTODOS:

Revisión bibliográfica en bases de datos como PubMed, Cochrane, Scielo, así como en páginas webs de interés (Ministerio de Sanidad y otras).

La contracepción de emergencia consiste en el uso de un fármaco o dispositivo con el fin de prevenir un embarazo después de una relación coital desprotegida. La aprobación en marzo de 2003 por el Ministerio de Sanidad de la comercialización y dispensación del levonogestrel, relacionado con el proceso de concepción y anidación del óvulo, produjo importantes consecuencias jurídicas.

RESULTADOS:

El 28 de Septiembre de 2009, se acordó en la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva del SNS que la anticoncepción de emergencia podría adquirirse sin receta médica en las farmacias, para facilitar su acceso en el plazo necesario y reducir los embarazos no deseados e IVEs sobre todo en mujeres jóvenes, y así igualarse a otros países de la Unión Europea como Francia, Gran Bretaña, Holanda o Suiza. Las farmacias deberían dar información a las usuarias al dispensarla sobre métodos anticonceptivos y prevención de las ITS. La encuesta de la SEC en 2011 tras dos años de la libre dispensación de la píldora concluyó con que la mayoría de las españolas hacen un buen uso de ella.

CONCLUSIONES:

En la actualidad, el Ministerio de Sanidad estudia acabar con la libre dispensación de la píldora mediante la modificación de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva y de la I.V.E., hecho que, según la FEC y la SEC en sus conclusiones de 2012, conllevaría una regresión social y sanitaria, una cobertura deficiente en fines de semana y variabilidad dependiendo de la Comunidad Autónoma, subrayando que la píldora no es abortiva y no ha causado problemas médicos durante los dos años de su libre dispensación. Además, resaltan la importancia de la introducción de la Educación Sexual en la escuela Primaria y Secundaria para reducir el número de abortos.

C014.- PLANIFICACIÓN FAMILIAR NATURAL: MÉTODOS BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD.

ENRÍQUEZ RODRÍGUEZ, INMACULADA; MURILLO DE LAS HERAS, MARÍA DEL MAR; MARÍN ALONSO, ARIADNA.

OBJETIVOS:

Conocer cuáles son los signos y síntomas que delimitan la fase fértil del ciclo, de la fase potencialmente infértil preovulatoria y de la fase infértil tras la ovulación. Describir los principales métodos de Planificación Familiar Natural basados en el conocimiento de estos signos y síntomas. Saber aplicar los métodos de Planificación Familiar Natural tanto con el fin de evitar embarazos, como de buscar embarazos.

MÉTODOS:

Se realizó una revisión bibliográfica utilizándose la base de datos Cochrane, Cuiden, así como páginas webs de interés, como la web de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Sociedad Española de Contracepción (SEC).

RESULTADOS:

La Organización Mundial de la Salud define la Planificación Familiar Natural (PFN) como técnicas para buscar o evitar embarazos mediante la observación de los signos y síntomas que de manera natural ocurren durante la fase fértil e infértiles del ciclo menstrual.

En base al estado de fertilidad e infertilidad, el ciclo femenino se puede dividir en tres fases, una primera denominada potencialmente infértil, que se inicia el primer día del ciclo y finaliza con el inicio de la siguiente fase. La segunda fase se denomina período fértil, que es periovulatorio, y su inicio y fin dependen de los signos que indican fertilidad para su inicio y del cese de éstos o aparición de otros que indican infertilidad para el fin de ésta fase. Y una tercera fase denominada periodo infértil, que comienza con el fin de la fase fértil y finaliza con el inicio de un nuevo ciclo.

Los signos y síntomas que señalan el inicio y fin de las diferentes fases fértiles e infértiles del ciclo menstrual son la secreción o moco cervical fluido, transparente y elástico en la fase fértil del ciclo; aumento de temperatura a expensas de la progesterona tras la ovulación; la autoplapación cervical, detectando si el cérvix se muestra más blando, alineado en el eje de la vagina, más elevado y abierto en la fase fértil; y cálculo a través de la duración de los ciclos previos.

Los principales métodos de PFN se agrupan se agrupan en "métodos basados en un solo parámetro", como Método Billings (características del moco cervical), Método de la Temperatura, y Métodos basados en la duración de los ciclos previos, y los "métodos basados en varios parámetros", como Método Sintotérmico, Método Ciclotérmico y Método Mucotérmico.

CONCLUSIONES:

La planificación familiar es un tema que preocupa a muchas parejas en todo el mundo. Un amplio porcentaje de parejas no están informadas sobre el amplio abanico de posibilidades contraceptivas que existe, y entre ellas los grandes desconocidos son los métodos naturales de planificación familiar.

Los métodos naturales de planificación familiar permiten a la mujer conocer su cuerpo y ejercer cierto control sobre su fertilidad sin interferir con el proceso natural, simplemente observándose y controlando la conducta sexual. Estos métodos son una solución anticonceptiva para parejas que no pueden o quieren utilizar métodos de barrera, hormonales, o quirúrgicos; también se utilizan frecuentemente para buscar embarazos, puesto que identifica los días fértiles del ciclo.

Son métodos económicos, ya que la mayoría de ellos no requieren de materiales específicos ni costosos. Para el uso de estos métodos la mujer debe conocer bien el método y estar instruida, así como conocer la tasa de fallos y la posibilidad de quedar embarazada si no los realizan correctamente.

Sesión de Comunicaciones Orales.

Aula 2.

C015–C021

C015.- ¿VERDADERA HIPOGALACTIA? ABORDAJE EN CONSULTA DE LACTANCIA: NENONATO DESHIDRATADO POR DÉFICIT DE APORTES.

PERNAS BARAHONA, ALMUDENA; SANCHEZ SAUCO, MIGUEL FELIPE; GARRIDO POVEDA, ROSANA; JAIMES VEGA, DIANA CAROLINA; CÁRCELES ALVAREZ, ALBERTO; ORTEGA GARCÍA, JUAN ANTONIO.

OBJETIVOS:

1.Identificar "la falsa hipogalactia" o percepción subjetiva de una excasa producción de leche.

2.Promover la continuidad con la lactancia materna.

3. Contribuir a la creación de ambientes más saludables durante el embarazo y lactancia.

4.Contribuir al diagnóstico precoz de hipogalactia verdadera.

MÉTODOS:

Atención a una puérpera y su recién nacido de 23 días en la Consulta de Lactancia Materna de la Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica. Neonato de 12 días de vida, ingresado durante 10 días por desnutrición-deshidratacíón por déficit de aportes e hipogalactia. Las herramientas clínicas usadas en la consulta, han sido la hoja verde y la ficha de observación de la toma de la OMS. La hoja verde es una herramienta clínica que me ha permitido en este caso, mediante preguntas básicas y concisas detectar, informar y reducir/eliminar los factores de riesgo medioambientales desde la etapa periconcepcional durante el embarazo, lactancia y periodo de crianza, contribuyendo a la creación de ambientes más saludables para la infancia. Entre los ítems profundicé en: hijos previos, el tipo de alimentación (LM o LA), tiempo de duración y motivos del abandono de la lactancia materna en embarazos anteriores.

RESULTADOS:

1.Durante la observación de la toma en consulta, detecto pezones muy grandes que dificultan agarre y por tanto la salida de leche de la mama de la madre.

2.Sólo con la cercanía y llanto del bebé, veo fluir leche de las mamas, por tanto no es cierto el diagnóstico de hipogalactia.

3. Tiene dos hijos previos a los que le dió pecho de forma exclusiva durante los seis primeros meses y con alimentación complementaria hasta los dos años de vida; por lo que hace más difícil el diagnóstico de hipogalactia verdadera.

4.Tras dos visitas sucesivas tras el alta, con un intervalo de una semana, el bebé ha hecho unos 200gr de peso con LM a demanda.

5.En un estudio realizado desde Abril de 2012 a Junio de 2013 en la Unidad de Salud Sexual y reporductiva, de 138 mujeres gestantes que abandonaron la lactancia materna antes de los 3 meses en embarazos anteriores. Se registraron las causas de abandono, agrupándolas en nueve categorías,destacando la sensación subjetiva de hipogalactia 27.7% (39 casos) del total, un 92,2% (36 casos) de los casos fueron debidos a un mal consejo sanitario y falta de apoyo.

CONCLUSIONES:

El amamantamiento implica todo un proceso de crianza y cuidado del recién nacido en el que intervienen factores anatómicos, funcionales, psicológicos, sociales y culturales, que dependiendo de su coexistencia favorecen o dificultan la consecución de una lactancia exitosa.

La hipogalactia, por definición estricta, es la deficiente producción de secreción láctea por parte de las glándulas mamarias durante el período de lactancia. Sin embargo, por extensión, entre los profesionales sanitarios, se emplea el término hipogalactia para referirse a cualquier circunstancia que condicione un aporte insuficiente de leche materna al bebé amamantado; aunque detrás de ese aporte insuficiente, no esté una menor producción láctea si no una mala técnica de agarre; como se ha producido en el caso atendido en la Consulta de Lactancia Materna al que estamos haciendo referencia.

Es necesaria aumentar la formación de los profesionales sanitarios en esta materia, así como aumentar la promoción de la lactancia materna en todos los ámbitos materno/infantiles.

C016.- ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE LA GESTANTE Y PUÉRPERA EN ATENCIÓN PRIMARIA A TRAVÉS DE LA TERAPIA GRUPAL.

CORRALES RODRIGUEZ, GEMMA.

OBJETIVOS:

La salud mental es definida por el contexto cultural que la enmarca. Las sociedades con mayor cohesión social son más saludables y su índice de mortalidad es más bajo (salud - conectividad social). Actualmente, el EAP atiende en mayor proporción a pacientes que presentan problemas y conflictos psicosociales; de hecho, si la relación paciente-equipo es adecuada, casi todos los usuarios manifestarán alguna de esas dificultades a sus agentes de salud de referencia. Cada comunidad se rige por un código cultural local, siendo fundamental entender las creencias y acciones de los grupos sociales; ello requerirá de los sanitarios el esfuerzo previo de explorar y profundizar sobre esos rasgos identitarios, siendo necesaria una sensibilidad y una óptica sociocultural que dote a estos agentes de una formación troncal en ciencias socioantropológicas.

Las matronas, por la naturaleza de su formación, tienden a un abordaje positivo de la salud mental como valor intrínseco, basada en un enfoque "salutogénico" y en factores "salutíferos". Por ello, el objetivo general de la matrona en la atención a la salud emocional de su población susceptible, es detectar y abordar el malestar psicosocial, realizando un diagnóstico precoz de las disfunciones de su salud mental, y proporcionando herramientas para una intervención efectiva desde un enfoque integral que abarque tanto aspectos psicosociales como terapéuticos.

MÉTODOS:

Como señala el PIAM 2012, en ocasiones no es suficiente informar, sino también trabajar los miedos, integrando los componentes familiares y sociales. Así, la metodología de esta dinámica se basa en la creación de grupos reducidos de mujeres, espacios de ayuda caracterizados por "socializar" y contener las "ansiedades", con el fin de facilitar la creación temprana del objeto interno y, por tanto, de su "lugar psíquico" en el módulo familiar, facilitando la introyección del bebé, y destacando la importancia de la figura del padre en esta triada.

RESULTADOS:

Hoy la terapia grupal en gestantes y puérperas es una realidad en fase experimental temprana, pero es incuestionable el coste/beneficio obtenido a medio-largo plazo, avalada ya por múltiples sociedades científicas y asociaciones internacionales.

CONCLUSIONES:

Podemos concluir afirmando que el proceso de la maternidad es un constructo cultural, limitado y genérico, que define de forma predeterminada los roles adscritos y adquiridos que las gestantes/puérperas asumen como propios; su asunción provoca situaciones de incertidumbre y ambivalencia, que en función de las capacidades cognoscitivas, habilidades sociales, autoconcepto, apoyo sociofamiliar, expectativas y experiencias vitales individuales, serán capaces de resolver con éxito o existirá el riesgo de desarrollar malestar psicosocial. Paralelamente, es preciso seguir avanzando en los campos semánticos y socioantropológicos más contemporáneos, e hilar el concepto de género, totalmente imbricado en la salud sexual y reproductiva de las mujeres, mediante la inmersión en los espacios de escucha, y la comprensión de los elementos para la construcción del género,

estereotipos y modelos locales, así como el concepto de maternidad/paternidad. A tenor de las nuevas exigencias en las funciones de la matrona que proyecta el PIAM 2012, el grupo de terapia se convierte así en una herramienta mensurable con la que poder aplicar estándares de evaluación y calidad de su intervención, pues permite valorar el cambio más subjetivo y cualitativo, el cambio social.

C017.- ANAMNESIS DE LA GESTANTE: COMPETENCIAS DE LA MATRONA EN LA DETECCIÓN DE SUSTANCIAS ANABOLIZANTES.

PÉREZ TERUEL, MARIO; NAVARRO GARCÍA, ALBERTO; ALARCÓN GUIRAO, RAQUEL.

OBJETIVOS:

Enumerar las posibles sustancias anabolizantes consumidas por la gestante y su pareja durante el periodo preconcepcional.

Detectar la posible adicción a sustancias anabolizantes durante el embarazo.

Delimitar la actuación de la matrona en la detección de sustancias anabolizantes.

MÉTODOS:

Revisión bibliográfica sobre los habitos toxicos que tiene la gestante y su pareja durante el periodo preconcepcional y de embarazo.

Actualmente la anamnesis que se realiza a la gestante sobre sus hábitos tóxicos se centra principalmente en sustancias como: alcohol, tabaco y otras drogas de síntesis. Quedando excluidas distintas sustancias tóxicas que en la actualidad son consumidas por la población, como pueden ser: nandrolona, testosterona, hormona del crecimiento y HCG, entre otras.

RESULTADOS:

Existe una falta de información de determinadas sustancias por parte de la gestante y su pareja sobre los efectos que pueden repercutir en el feto.

En la actualidad no se incluye una pregunta para la detección de consumo de estas sustancias durante la anamnesis de la embarazada en el ámbito de atención primaria de salud.

CONCLUSIONES:

Concienciar a la gestante y a su pareja sobre el uso de determinadas sustancias anabolizantes que pueden generar una influencia negativa en la salud materna y fetal.

Destacar el papel preventivo en la adicción de ciertas sustancias que tiene la matrona.

Reivindicar el papel de la matrona como profesional competente en la detección de ciertos habitos toxicos durante la anamnesis de la gestante.

C018.- GESTACIÓN Y ENFERMEDAD DE CHAGAS.

ENRÍQUEZ RODRÍGUEZ, INMACULADA; MARÍN ALONSO, ARIADNA; MURILLO DE LAS HERAS, MARÍA DEL MAR.

OBJETIVOS:

Conocer la enfermedad de Chagas y su repercusión en el embarazo y recién nacido. Detectar las gestantes que pertenecen a la población de riesgo de infección por Chagas, así como las herramientas diagnósticas para esta enfermedad. Identificar cuáles son las manifestaciones clínicas de la enfermedad congénita de Chagas en los recién nacidos, así como su tratamiento.

MÉTODOS:

Se ha realizado una revisión bibliográfica, y para ello se ha utilizado la base de datos PubMed, así como Protocolos Hospitalarios y Guías de Comunidades Autónomas.

RESULTADOS:

El Chagas es una enfermedad infecciosa provocada por el parásito Trypanosoma cruzi, endémica de zonas continentales del norte, centro y sur de América (excepto Caribe). Se transmite mediante la picadura de un vector (triatomas hematófagos), y también por vía sanguínea y vía vertical. En nuestro medio la principal vía de transmisión es la vertical, alcanzando tasas de transmisión vertical del 4-7%, principalmente debido a los flujos migratorios desde países endémicos. En zonas endémicas se llega a alcanzar tasas del 27%, como es el caso de Bolivia que es el país con mayor prevalencia de infección por Chagas.

La clínica se presenta en dos fases; una fase aguda asintomática, y una fase posterior crónica que puede ser una forma indeterminada o asintomática (pudiendo reactivarse con el paso del tiempo), o una forma sintomática con alteraciones cardiacas, digestivas o del sistema nervioso con diferentes grados de gravedad, pudiendo llevar a complicaciones graves e incluso la muerte.

La población diana son mujeres de origen latinoamericano, o aquellas cuyas madres sean de origen latinoamericano, y mujeres que hayan pasado un tiempo superior a 1 mes en países endémicos. Los métodos diagnósticos se basan en pruebas serológicas en la analítica del primer trimestre de embarazo en mujeres con factores de riesgo.

Los recién nacidos infectados por Chagas muestran una disminución de leucocitos con reducción de neutrófilos y monocitos, riesgo de prematuridad o CIR, Síndrome hepatoesplenomegálico, fiebre, edemas e ictericia. La forma meningoencefálica presenta convulsiones, rigidez y vómitos. También pueden aparecer formas asintomáticas.

El tratamiento para esta enfermedad se realiza con Benznidazol tras el parto durante 60 días, ya que por su potencial teratógeno no se debe administrar durante el embarazo. Por lo que durante el embarazo se mantendrá una conducta expectante derivando a la gestante al servicio de medicina tropical o medicina interna. Tampoco se modificará la conducta obstétrica durante el parto. Ni la enfermedad ni el tratamiento contraindica la lactancia materna. En cuanto a los recién nacidos se les realizará pruebas de screening precoz, y en caso de que resulten positivas se iniciará el tratamiento con Benznidazol. Si las pruebas de screening del recién nacido resultan negativas se realizará un nuevo control a las 6 semanas y a los 9 meses de vida.

CONCLUSIONES:

Los flujos migratorios han provocado la aparición de enfermedades endémicas de otros países en el nuestro, como es el caso de la Enfermedad de Chagas. Los profesionales de la salud que se ocupan del control del embarazo deben de estar alerta sobre las gestantes que pertenecen al grupo de riesgo de infección por Chagas, que a grandes rasgos son mujeres de origen del centro y sur de América.

C019.- LA MATRONA: AGENTE CLAVE EN LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE.

SAURA MARTINEZ, ISABEL; GARCIA HERNANDEZ, MARIA CELESTE; LÓPEZ ACOSTA, ANTONIA.

OBJETIVOS:

Para resaltar la importancia de la matrona como agente educador en la salud sexual y reproductiva en adolescentes, nos hemos planteado los siguientes objetivos:

-Fomentar la educación sexual en adolescentes mediante diferentes métodos como charlas en colegios y sesiones de educación sexual en los centros de atención primaria por parte de la matrona.

-Señalar los contenidos que podrían ser desarrollados en dichas sesiones y charlas.

MÉTODOS:

Realizamos una revisión sistemática de la bibliografía existente en la base de datos como Cuiden, Medline, Cochrane y otras fuentes como INE y Fame, donde se pone de manifiesto que la matrona es el principal agente educador en la prevención de embarazos y enfermedades de transmisión sexual en adolescente.

RESULTADOS:

Según la orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, donde se aprueba el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica, recoge en su artículo tercero, que la matrona, entre otras muchas competencias, debe ser competente y en consecuencia estar capacitada para: liderar y dinamizar programas de salud materno-infantil, atención a la mujer y de salud sexual y reproductiva, así como identificar las necesidades de aprendizaje relacionados con dicho tema, a la vez que tiene que promover una actitud responsable de la sexualidad en la población y asesorar en materia de anticoncepción, mediante la realización de actividades de promoción, prevención, asistencia de la salud sexual y reproductiva de la mujer en todas sus etapas, siendo la etapa de la adolescencia la más vulnerable y por lo tanto donde la matrona tiene un importante papel de actuación.

En la Región de Murcia según datos recogidos en el INE en el año 2011 hubieron 569 embarazos en adolescentes menores de 19.

Por ello, consideramos que una de las funciones de la matrona es llevar a cabo programas de prevención de embarazos en adolescentes y enfermedades de transmisión sexual.

CONCLUSIONES:

Por ese motivo creemos necesario resaltar la importancia de que la matrona lleve a cabo dentro de sus actividades diarias la educación sexual dirigida a los adolescentes como parte de sus funciones y desarrollarlo en los centros de atención primaria y en los colegios que corresponden a su zona, como pasa por ejemplo con la educación maternal.

C020.- INYECCION DE AGUA ESTÉRIL EN EL ROMBO DE MICHAELIS ASOCIADO A LA DISMINUCION DEL DOLOR EN LA PRIMERA FASE DEL PARTO.

PEREZ BONILLA, SILVIA; AZNAR ZAFRA, MIRIAM; BLANCO SORZANO, DAVID; DELGADOS GARCÉS, MARÍA DEL MAR; RUIZ GARCÍA, MARÍA DEL MAR.

OBJETIVOS:

-Conocer la localización anatómica del Rombo de Michaelis (RM).

-Descubrir las causas de la decadencia en la inyección de agua estéril en el RM.

-Conocer en qué consiste dicha técnica.

-Saber los mecanismos de acción de dicha técnica y sus efectos analgésicos.

-Conocer las indicaciones de la inyección de agua estéril en RM.

-Valorar ventajas e inconvenientes sobre la inyección de agua estéril en el RM.

-Promover la inyección de agua estéril en el RM para el alivio del dolor en la actualidad.

MÉTODOS:

Para realizar el presente trabajo se ha realizado una búsqueda bibliográfica en dos idiomas, inglés y español en las bases de datos Cuiden, Cochrane, Medline, Fisterra y Lilacs, con las palabras claves: agua, inyección y dolor.

RESULTADOS:

De acuerdo con los resultados de un estudio llevado a cabo por investigadores de la Universidad McMaster (Canadá) Un nuevo estudio, publicado en International Journal of Obstetrics and Gynaecology (2009;116:1158- 1166), el mejor tratamiento para el dolor grave de la espalda baja, que padecen muchas mujeres durante el trabajo de parto, serían inyecciones de agua estéril cerca de la parte inferior de la columna.

CONCLUSIONES:

La inyección de agua estéril en el RM está en desuso actualmente entre los profesionales de la salud en el campo de la obstetricia y debería fomentarse su uso ya que es una técnica inocua y muy beneficiosa para un alto porcentaje de parturientas que padecen dolores lumbares durante el trabajo de parto.

C021.- OBSTETRICIA Y MEDICINA TROPICAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

MURILLO DE LAS HERAS, MARÍA DEL MAR; ENRÍQUEZ RODRÍGUEZ, INMACULADA; MARÍN ALONSO, ARIADNA; LAO MOYA, FRANCISCO JAVIER.

OBJETIVOS:

Conocer la esquistomatosis y cómo puede afectar al embarazo, parto y lactancia.

MÉTODOS:

Análisis de un caso clínico real de una gestante con esquistomatosis y revisión bibliográfica en bases de datos como: PubMed, Cochrane, Scielo.

1) Revisión del caso clínico

2) Introducción a la esquistomatosis

3) Ciclo vital

4) Esquistosomiasis genital femenina

5) Esquistosomiasis y embarazo.

RESULTADOS:

La esquistomatosis, bilharzia o fiebre del caracol afecta aproximadamente a 200 millones de personas en el mundo.

En la actualidad, más del 80% de los casos se encuentran en el África Subsahariana.

Según la OMS, se producen 200.000 muertes anuales, y 40 millones de mujeres en edad fértil están infectadas.

Es la tercera enfermedad tropical más devastadora del mundo, después de la malaria y la helmintiasis intestinal.

Las mujeres y los niños de países en vías de desarrollo tienen un riesgo alto de padecer la enfermedad (los niños juegan en el agua y las mujeres la utilizan para sus tareas diarias).

El ciclo vital del schistosoma requiere la contaminación de agua superficial por excretas, una especie de caracoles de agua dulce que actúan como huésped intermedios y contacto del humano con el agua.

Clínica de la eschistomatosis: Eritema macropapular en la zona de entrada del parásito, eosinofilia elevada.

Las larvas inducen una respuesta inmunológica significante y forman granulomas. Dolor abdominal, diarrea sanguinolenta, poliposis, hipertensión portal, hematemesis, ascitis, esplenomegalia. La granulomatosis en el aparato respiratorio pueden llevar a tos crónica, palpitaciones, hipertensión pulmonar y muerte.

Schistosoma y mujer: El E.Haematobium deposita sus huevos en el tracto urinario provocando disuria, hematuria, pólipos vesicales, úlceras, calcificaciones y carcinoma de células escamosas en la vejiga.

Eschistomatosis genital femenina: 10 millones de mujeres en África padecen esquistomatosis durante el embarazo, con mayor riesgo de:anemia severa, bajo peso al nacer, mayor tasa de mortalidad, de abortos y de e.ectópicos.

CONCLUSIONES:

DIAGNÓSTICO:

Laboratorio: eosinofilia

Huevos en heces (enfermedad instaurada)

TRATAMIENTO:

El tratamiento antihelmíntico anual administrado en niños y adultos de alto riesgo, disminuye la prevalencia e intensidad de la esquistosomiasis y reduce los niveles de trasmisión ambiental.

PRAZIQUANTEL:

Asociado con Artemisine: OMS => no usar en zonas endémicas de malaria

PREVENCIÓN:

Condiciones sanitarias adecuadas y abastecimiento de agua segura. Cuidado con nuevos puentes y embalses.

Crear lugares seguros para nadar. Molusquicidas.

ESCHISTOMATOSIS Y EMBARAZO:

Praziquantel: Categoría B de la FDA

No teratogénico

Compatible y seguro con la lactancia materna.

Un estudio prospectivo reciente llevado a cabo en New Halfa Teaching Hospital de Sudán, con 25 mujeres embarazadas a las que se les administró praziquantel a dosis habituales de 40 mg/kg y a las que se les realizó un seguimiento del embarazo, mostraron en sus resultados que no había diferencia significativa en relación a la población de mujeres embarazadas no tratadas de la misma zona, en relación a abortos o relacionados con el desarrollo de los niños una vez nacidos y seguidos durante un año.

El parto fue eutócico, con una niña con test de Apgar 9/10/10 y 3040 gr. de peso.

En un país multicultural como el nuestro, es importante que los profesionales del área de toco-ginecología nos reciclemos en ciertas enfermedades tropicales que pueden afectar a las gestantes antes, durante y tras el parto.

Secretaría Técnica y Científica

C/Saavedra Fajardo, 5 – Entlo 6 – 30001 Murcia
T 968 21 06 84 F 968 21 18 99 –secretariatecnica@cedes.es